

Schafmilch

Probenkastenbegleitschein für Milchleistungsproben



Anschrift des Betriebes:

Kreis:

Feld nicht
beschriftet

Straße:

Postleitzahl/Ort:

Betriebsteil

Kasten Nr.:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Flaschen Nr. der letzten
Probe mit Milch im Kasten:

--	--	--

Betriebs Nr.:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Anzahl der Kästen gesamt:

--	--

Abrechnung-
Einheit:

--	--

Harnstoffuntersuchung mit Autoanalyzer (kostenpflichtig)

Kästchen bitte ankreuzen

Prüfdatum:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Anzahl der Proben:

--	--	--

Lfd. Kasten Nr.:

--	--

Proben-Nr.:

(falls erforderlich Rückseite benutzen)

Anschrift des Leistungsprüfers:

Name/Straße

Telefon:

Plz/Ort

Schafmilch

Probenkastenbegleitschein für Milchleistungsproben



Anschrift des Betriebes:

Kreis:

Feld nicht
beschriftet

Straße:

Postleitzahl/Ort:

Betriebsteil

Kasten Nr.:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Flaschen Nr. der letzten
Probe mit Milch im Kasten:

--	--	--

Betriebs Nr.:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Anzahl der Kästen gesamt:

--	--

Abrechnung-
Einheit:

--	--

Harnstoffuntersuchung mit Autoanalyzer (kostenpflichtig)

Kästchen bitte ankreuzen

Prüfdatum:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Anzahl der Proben:

--	--	--

Lfd. Kasten Nr.:

--	--

Proben-Nr.:

(falls erforderlich Rückseite benutzen)

Anschrift des Leistungsprüfers:

Name/Straße

Telefon:

Plz/Ort