Landeskontrollverband Berlin-Brandenburg eV
Straße zum Roten Luch 1a
15377 Waldsieversdorf

Probenkastenbegleitschein für Milchleistungsproben

Name Betrieb:

Feld nicht beschriften!

Kasten-Nr.:

Betriebs-Schlüssel:

Abrechnungs-Einheit:

Prüfdatum:

Flaschen-Nr. der letzten Probe mit Milch im Kasten:

Anzahl der Kästen gesamt:

Trächtigkeitsuntersuchung (kostenpflichtig)

Kästchen bitte ankreuzen

Anzahl der Proben:

Proben-Nr.:

E-Mail für Ergebnismitteilung:

Leistungsprüfer:

Telefon:

Bemerkungen: