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:

Lfd. Kasten Nr.:

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:**