

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:	
Abrechnungseinheit:		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	

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:	
Abrechnungseinheit:		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	