

ŚWIADECTWO LEKARSKO-WETERYNARYJNE

Dnia zbadano klinicznie zwierzę maści
....., rasy....., lat....., które pokąsało w dniu.....

.....
(imię i nazwisko pokąsanego)

zam:

**Zwierzę poddano / nie poddano obowiązkowemu szczepieniu
przeciwko wściekliznie (niepotrzebne skreślić)**

Szczepienie wykonane w dniu....., przez lek. wet.
....., nr zaśw.

Właściciel zwierzęcia:

Adres:

W dniu badania objawów wścieklizny nie stwierdza się.

Właściciela zobowiązuje się do ponownego doprowadzenia
zwierzęcia w dniu, w celu ponownego badania
kontrolnego.

Rejestr zwierząt podejrzanych nr:

.....
(pieczęć i podpis lek. wet.)

Wyniki badań kontrolnych:

II badanie..... wynik

.....
(pieczęć i podpis lek. wet.)

III badanie..... wynik

.....
(pieczęć i podpis lek. wet.)

IV badanie..... wynik

.....
(pieczęć i podpis lek. wet.)

ŚWIADECTWO LEKARSKO-WETERYNARYJNE

Dnia zbadano klinicznie zwierzę maści
....., rasy....., lat....., które pokąsało w dniu.....

.....
(imię i nazwisko pokąsanego)

zam:

**Zwierzę poddano / nie poddano obowiązkowemu szczepieniu
przeciwko wściekliznie (niepotrzebne skreślić)**

Szczepienie wykonane w dniu....., przez lek. wet.
....., nr zaśw.

Właściciel zwierzęcia:

Adres:

W dniu badania objawów wścieklizny nie stwierdza się.

Właściciela zobowiązuje się do ponownego doprowadzenia
zwierzęcia w dniu, w celu ponownego badania
kontrolnego.

Rejestr zwierząt podejrzanych nr:

.....
(pieczęć i podpis lek. wet.)

Wyniki badań kontrolnych:

II badanie..... wynik

.....
(pieczęć i podpis lek. wet.)

III badanie..... wynik

.....
(pieczęć i podpis lek. wet.)

IV badanie..... wynik

.....
(pieczęć i podpis lek. wet.)