

Landesverband der Rassekaninchenzüchter Saar e.V.

Meldeformular für die RHD Schutzimpfung V1 + V2



Anschrift des Züchters:

Name: _____

Straße: _____

Wohnort: _____

Verein: _____

	Rasse	Farbe	Geschlecht	Täto rechts	Täto links
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					

Mit der Unterschrift des Tierarztes wird bestätigt, dass bei diesen Kaninchen die RHD Schutzimpfung durchgeführt wurde. Filavac K C+V Chargen-Nummer: _____

_____, den _____

Unterschrift des Tierarztes