

Nachweis der Schutzimpfung gegen die Paramyxoinfektion der Tauben

Taubenhalter (Name und vollständige Adresse):

Bezeichnung des Impfstoffes:

Chargen-Nr.:

Impfdatum: _____

Stempel des Impftierarztes (Name und vollständige Adresse)

Datum und Unterschrift des Impftierarztes (**bitte in blau unterschreiben**)

**Achtung: Dieses Formular im Original zurückschicken. Das
Veterinäramt akzeptiert keine Faxe oder Fotokopien.**