

Nachweis der Schutzimpfung gegen die Paramyxoinfektion der Tauben

Taubenhalter (Name und vollständige Adresse):
Bei Schlaggemeinschaften alle Namen

Bezeichnung des Impfstoffes:

Chargen-Nr.:

Impfdatum: _____

Hiermit wird bestätigt, dass der gesamte Bestand geimpft ist.
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.**