

Megrendelő/tenyészet neve: .....

Megrendelő/tenyészet azonosítója:.....

Kapcsolattartó neve, telefonszáma:.....

**Vizsgálat típusa:** (megfelelő aláhúzendó)

teljeskörű mastitis diagnosztika/ rezisztencia / Prototheca szűrés,/ Staphylococcus aureus szűrés / *Staphylococcus aureus* szám meghatározás / E. coli kimutatás, szám meghatározás / Enterococcus kimutatás, szám meghatározás / Tamponminta vizsgálat

Eredményközlés címe: .....

Számlaviselő neve, címe, adószáma (ha nem azonos a megrendelővel):

.....

Sor- szám	Minta száma	Tehénazonosító	Mastitest-tálcás vizsgálat eredménye -/+ /2+ / 3+ .../ vé / kl / s				Mintaadó negyed				Mintavétel dátuma
			BE	BH	JE	JH	BE	BH	JE	JH	
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											

Kitöltés dátuma: 20.....év.....hó.....nap

.....

beküldő aláírása