

מדינת ישראל
משרד החקלאות ופיתוח הכפר
השירותים הווטרינריים ובריאות המקנה

תאריך: _____

תעודת בריאות לעופות המיועדים להעברה ממשק למשק

הריני לאשר בזאת כי בתאריך _____ ביקרתי במשק _____

בישוב _____ מספר רשיון _____.

סוג עוף (לסמן אחד): רבייה כבדה/רבייה קלה/רבייה הודים/הטלה/הודים לבשר/פטום/אווזים

לול מספר: _____ תאריך בקיעה: _____

לול מספר: _____ תאריך בקיעה: _____

לול מספר: _____ תאריך בקיעה: _____

לול מספר: _____ תאריך בקיעה: _____

לול מספר: _____ תאריך בקיעה: _____

לול מספר: _____ תאריך בקיעה: _____

א. * הלהקה בריאה ללא סימנים קליניים של מחלה.

ב. * אבחנתי סימנים קליניים הבאים: _____

אבחנתי מחלה: _____

חתימת הרופא הווטרינר המטפל

חותמת הרופא הווטרינר המטפל

מספר רשיון הרופא הווטרינר המטפל

תוקף תעודה זו חתומה, 10 ימים מתאריך הביקור.
* מחק את המיותר.