Bestandsimpfnachweis

Hoftierarzt/ärztin _____ Bestand _____

Datum	Impfungen Gesamt	**Unterschrift Hoftierarzt**	Anzahl Grundim.	Anzahl Nachim.	Anzahl Kühe	Anzahl Rinder > 9 M	Anzahl Kälber < 9 M	Anzahl Zuchtbullen	**Unterschrift Tierhalter**