

Miejscowość.....dnia.....

## Zaświadczenia lekarsko - weterynaryjne dla klaczy

Klacz ( nazwa ): \_\_\_\_\_ wiek \_\_\_\_\_

Kraj pochodzenia \_\_\_\_\_ Numer przyżyciowy klaczy : \_\_\_\_\_

Właściciel klaczy : \_\_\_\_\_

Data przeprowadzenia badania : \_\_\_\_\_ miejsce badania \_\_\_\_\_

W wyniku badania ogólnego u w/w klaczy stwierdzono :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

W wyniku badania ginekologicznego u w/w konia stwierdzono : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Termin i wynik ostatniego badania w kierunku :**

ZAKAŹNEGO ZAPALENIA MACICY ( CEM ).....

**Szczepienia :**

Termin ostatniego szczepienia : grypa ..... preparat:.....

Termin ostatniego szczepienia : tężec ..... preparat:.....

Termin ostatniego szczepienia : herpes ..... preparat:.....

Termin ostatniego odrobaczenia .....preparat:.....

Termin szczepienia przeciw ZAKAŹNEMU RONIENIU KLACZY (EHV1-4).....

Pieczętka i podpis lekarza weterynarii : \_\_\_\_\_