**„IMMUN RÓKA/SAKÁL MINTA” ÁTVÉTELI ELISMERVÉNY**

**(vakcinázott területek)**

Vadászatra jogosult neve:………………………..…………………….………………..…..

Székhelye (lev. címe):………………………………………………………........................

E-mail:…………………………………………………………………………………………..

**Kódszáma**:………………………………………………………………….…………………

Elejtő neve, telefonszáma:……….…………………………………………………………..

E-mail:…………………………………………………………………………………………..

**Az elejtés dátuma**:…………………….………………..…az elejtett róka/sakál száma:…….

Az elejtett róka/sakál becsült kora: ….db idei születésű/….db felnőtt.

Név:……………………………….……….., mint hatósági állatorvos igazolom, hogy a mai napon veszettség elleni immunizációs vizsgálat céljából …………. példány róka/sakál tetemet átvettem.

Dátum: 201... …. hó: ………. nap: …….. ……………………………………………

 p.h. hatósági állatorvos

*A későbbi ellenőrzés és elszámolás céljából egy másolati példány megőrzése javasolt! Jelen dokumentumot kérjük az elejtésről szóló számlához csatolni. A számla kiállítási ideje és a teljesítésének napja azonos legyen. A fizetési határidőt kérjük, ne töltsék ki (nem kötelező tartalmi elem!), ha ettől nem tudnak eltekinteni, akkor a kiállítástól számított 30. napot jelöljék meg fizetési határidőnek! Köszönjük*