



Preußen-Derby

Nachweis der Schutzimpfung gegen Paramyxovirose

Taubenhalter (Name und vollständige Adresse):

Name: _____

Adresse: _____

Bezeichnung des Impfstoffes: _____

Impfdatum: _____ Chargen-Nr.: _____

FOLGENDE TAUBEN WURDEN GEIMPFT:

Ringnummer

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10

Name des Tierarztes: _____

Adresse des Tierarztes: _____

Datum und Unterschrift des Tierarztes

WICHTIG! Das Formular muss bei der Anlieferung, im Original dem Preußen Derby übergeben werden. Angelieferte Tauben ohne Impfnachweis werden nicht entgegengenommen.

