

EBÖSSZEÍRÓ ADATLAP – 2020.
(Ebenként külön adatlapot kell kitölteni)

EB	TRANSPONDER
1.1 Hívóneve:	2.1 Beültetés dátuma:
1.2 Fajtája:	2.2 Sorszám:.....
1.3 Neme: kan <input type="checkbox"/> szuka <input type="checkbox"/>	2.3 Beültető orvos neve, kamarai bélyegzőszáma :
1.4 Születési dátuma:.....
1.5 Színe:

IVARTALANÍTOTT EB ESETÉN	MELLÉKLETEK, IGAZOLÁSOK
3.1 Ivartalanított: <input type="checkbox"/>	4.1 Segítő: <input type="checkbox"/>
3.2 Dátuma:	4.2 Terápiás: <input type="checkbox"/>
3.3 Ivartalanító orvos neve, kamarai bélyegzőszáma:	4.3 Közfeladatot ellátó: <input type="checkbox"/>
.....	4.4 Magyar fajta: <input type="checkbox"/>
.....	4.5 Menhelyről befogadott: <input type="checkbox"/>
.....	4.6 MEOE szárm. szám: <input type="checkbox"/>

TULAJDONOS	EBTARTÓ
5.1 Név:	6.1Név:
5.2 Cím:	6.2Cím:
.....	6.3Telefon:.....
.....	6.4 Email:.....
.....	6.5 Tartási hely címe:.....

VESZETTSÉG ELLENI OLTÁS	OLTÁSI KÖNYV
7.1 Időpontja:	8.1Sorszám:
7.2 Vakcina neve:	8.2 Kiállítás dátuma:
7.3 Gyártási száma:	8.3 Kiállítás végző orvos neve, kamarai bélyegző száma:.....
7.4 Oltást végző orvos neve, kamarai bélyegző száma:.....

KISÁLLAT ÚTLEVÉL
9.1 Sorszám:
9.2 Kiállítva:
9.3 Kiállító orvos neve, kamarai bélyegző száma:

VESZETT EB	VESZÉLYES EB
10.1 Veszettség szempontjából aggályos eb megfigyelési státusza: megfigyelt* nem megfigyelt*	10.2 Az eb veszélyessé minősítésének ténye: igen* nem*
Kezdő időpontja:.....	Időpontja:.....

Alulírott ebtulajdonos nyilatkozom arról, hogy a bejelentett adatok a valóságnak megfelelnek!

Dátum:

.....
Ebtulajdonos aláírása

*a megfelelő választ kell megjelölni (aláhúzni)