

V. VESZETTSÉG ELLENI VÉDŐOLTÁS VACCINATION AGAINST RABIES

Doc. 8.1

A gyártó és a vakcina neve /
Manufacturer & Name of vaccine

Tételszám /
Batch Number

Vakcinázás dátuma¹ / Vaccination date¹
Érvényesség kezdete² / Valid from²
Érvényesség vége³ / Valid until³

Jogosult állatorvos /
Authorized veterinarian

RABISIN
LAIYI I

1

2

3

Bélyegző e

1

*

2

3

Bélyegző és aláírás / Stamp & Signature

1

*

2

3

Bélyegző és aláírás / Stamp & Signature

* Legalább a névnek, a címnek, a telefonszámnak és az aláírásnak szerepelnie kell. /

* At least name, address, telephone number and signature.

1

*