

Rezeptformular



Datum auszuschreibe ____ / ____ /20 ____

Anzahl Pferden: _____

Speciaalzaak

Naam: The Gallop

Adres: 't Vaartje 54

Postcode: 5165 NB

Plaats: Waspik

Tierbesitzer

Name: _____

Adresse: _____

Postzahl: _____

Ort: _____

Product	Wachtermijn	Registratienummer	Batchnummer	aantal
Bimectin	21 dagen	REGNL:10453 URA		<input type="checkbox"/> Anzahl
Equiworm P	7 dagen	REGNL:09848 URA		<input type="checkbox"/> Anzahl
Equiworm F	20 dagen	REGNL:9507 URA		<input type="checkbox"/> Anzahl
Eraquell	30dagen	REGNL:9843 URA		<input type="checkbox"/> Anzahl
Equimax	35 dagen	REGNL:09950 URA		<input type="checkbox"/> Anzahl
Equest	32 dagen	REGNL:9548 URA		<input type="checkbox"/> Anzahl
Equest Pramox	64 dagen	REGNL:10399 URA		<input type="checkbox"/> Anzahl
Eqvalan	18 dagen	REGNL:01769 URA		<input type="checkbox"/> Anzahl
				<input type="checkbox"/> Anzahl

Wahrscheinlichkeitsdiagnose(s)

Tierarzt:

Naam: _____

Adres: _____

Postcode: _____

Plaats: _____

Handtekening van dierenarts

Information uber beurteilung von dieses Rezept:

Anzahl Pferde

Jünger dann 1 Jahr:

Alter dan 1 Jahr

Trächtig Stute:

Steht/stehen immer im Stall:

Steht/stehen immer draußen:

Letztens Wurmen im mest von ein Pferd konstatierd?

Wenn ja:

Mit welche entwurmingsmittel habe Sie das letzte Jahr entwurmt?

Möglicherweise besonderheiten die von beteutung können sein: _____

- Anzahl
- Anzahl
- Anzahl
- Anzahl
- Ja /Nein
- Ja/Nein
- Ja/Nein

Ich bin einverstanden mit die allgemeine Handels- und Lieferungsbedingungen von Vetinal B.V. Diese können Sie heranziehen auf www.paardenartsen.nl (Konditionen).

UNTERSCHRIFT ANFRAGER.
