Name und Anschrift des Tierarztes (Stempel): Gemeinde:

**IMPFLISTE NR.**

über durchgeführte Rauschbrandschutzimpfungbei

| Lfd. Nr.: | Datum: | Name und Anschrift des Tierbesitzers: | Rinder Anzahl: | Ohrmarkennummer: |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |