



ZGŁOSZENIE ZACHOROWANIA KONIA PODCZAS ZAWODÓW

Nazwa zawodów:

Data:

Lek. wet.:

z dnia:

godzina:

Imię konia:

nr paszportu

U wymienionego powyżej konia zaobserwowano następujące objawy chorobowe:

Zastosowano następujące leczenie (podać: nazwę leku, substancję czynną, dawkę, sposób podania)

Data i godzina:

Podpis i pieczętka Lekarza Weterynarii Zawodów: