Sendes med fax til: 87500840
eller mail: info@nutrimin.dk

Ønsket leveringsdato:_____

Bestilling af foderlægemiddel med 2.500 ppm zink i fuldfoder:

Udfyldes af dyrlæge:

Dyrlægens navn, adresse og telefonnummer *(Med stempel eller blokbogstaver)*	
Dyrlægens autorisationsnummer	
Foderlægemiddelproducentens eller forhandlerens navn, firma, adresse og CVR nummer	**Nutrimin AS** **Bodalen 11, 8643 Ans By** **CVR 28513518**

Denne recept gælder i 30 dage og evt. til flere leveringer

Navn og adresse på indehaveren af dyrene		
Leveringsadresse		
Kundens CHR-nummer og telefonnummer	CHR-nr:	Tlf.:
Indikation:		Antal:
Dyreart:	Aldersgruppe:	Ordinationsgruppe:

Foderlægemiddel med zink	Vetzink Premix, 2.500 ppm 0,3% (3 kg pr. ton)	Bigbag	Sække
Mængde kg / tons			
Mængde kg / tons			
Foderlægemidlets dosering, behandlingshyppighed og varighed			
Tilbageholdelsestid før slagtning			
_____ Dato _____ Dyrlægens underskrift			

Udfyldes af producenten eller forhandleren

Holdbar til:	Ordre nummer:
_____ Dato _____ Producentens underskrift	

Denne recept skal opbevares i 3 år