De ondergetekende: (naam en voorletters)

wonende te: adres,postcode, plaats)

verklaart dat hij/zij eigenaar/eigenares c.q. houder/ houdster is van op onderstaande genoemde konijnen.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ras:** | **Oornummer Rechts** | **Oornummers Links:** | | | |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Hij/zij verklaart voorts dat hij/zij deze konijnen, in totaal …….. stuks ter enting heeft aangeboden aan de hieronder vermelde dierenarts.

Handtekening eigenaar c.q. houder:

De ondergetekende dierenarts (naam en voorletters),

gevestigd te: (vestigingsplaats),

verklaart dat hij/zij bovenvermelde konijnen, tegen het Rabbit Viral Haemorragic Disease  RVHD type 2

heeft geënt op (datum), vaccin RHD 2, fabricaat......................................................

Partij:

Datum: Stempel/handtekening dierenarts…………………………………………………