

ANEXO VI
VACINACIÓN DE LINGUA AZUL EN OVINO

PARTE SEMANAL DE ACTUACIONES

Folla _____ de _____
Semana nº: _____ Do _____ ao _____ de _____

Especie: OVINA

Provincia: _____ Veterinario/a: _____

Data	Código Rega	Nome e apelidos titular/Razón Social	Nº ovinos vacunados primovacinação	Nº de ovinos vacunados revacunación anual
TOTALS FOLLA				