

ACTA VACUNACIÓN ANTIBRUCÉLICA

PLAN NACIONAL DE CONTROL Y ERRADICACIÓN DE LA BRUCELOSIS BOVINA

RENSPA N° □ □ - □ □ □ - □ - □ □ □ □ □ □ / □ □

ESTABLECIMIENTO

Titular/Propietario: CUIT/CUILN°

ENTE SANITARIO

Ente: CUIT N°

Nombre del Coordinador del Plan:

Provincia: Localidad:

Teléfono: E-Mail:

VETERINARIO ACREDITADO

Nombre y Apellido:

Matricula Profesional N°: Otorgada por:

Acreditación SENASA DNI N° Domicilio:

Localidad: Pdo./Depto:

Provincia: Tel:

VACUNACIÓN TERNERAS

Fecha: / /

Vacuna

Marca:

Serie:

Vto.: / /

Stock Total:

Declaradas a Vacunar:

Dosis Utilizadas:

Vacunadas:

Resta Vacunar:

Lugar:

..... / /

Fecha

.....

Firma del Veterinario Acreditado