



## INZENDFORMULIER MONSTERS PLUIMVEE excl. PCR's (geen sectiemateriaal)

Aantal monsters:	Autorisatie	Ontvangststicker:	Inzendnummer:	<b>In te vullen door de GD</b>	
Faeces: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Swab: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diversen: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Serum: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Div. bloed: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Datum	Deze ruimte niet beschrijven		Deze ruimte niet beschrijven	
		Paraaf			

**Formulier zo VOLLEDIG mogelijk invullen**

**GEWENST ONDERZOEK: Z.O.Z.**

<b>Veehouder (eigenaar UBN):</b> Adres: Postcode + Plaats:	UBN: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rel.: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Dierenarts/praktijk:</b> Postcode + Plaats:	Nr.: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Voorlichter:</b> Adres: Postcode + Plaats:	Rel.: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Kuikenbroeder:</b> Adres: Postcode + Plaats:	Rel.: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Overige zoals voederfabriek/integratie:</b> Postcode + Plaats:	Rel.: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>GD-medewerker:</b>	Rel.: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

<b>Referentie (Dit kenmerk komt op uitslag en factuur):</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>								
<b>Inzender is</b>	Veehouder	Dierenarts	Voorlichter	Kuikenbroeder	Voederfabriek	Integratie	GD-medewerker	<b>Extra</b>
<b>Uitslag naar</b>	Veehouder	Dierenarts	Voorlichter	Kuikenbroeder	Voederfabriek	Integratie	GD-medewerker	Engelse uitslag
<b>Factuur naar</b>	Veehouder	Dierenarts	Voorlichter	Kuikenbroeder	Voederfabriek	Integratie	GD-medewerker	
<b>Materiaal</b>	Swab uit/van: _____ Overige: _____							

<b>Vul altijd onderdeel 1,2 en 3 in.</b>					
<b>1. Diersoort</b>	<b>2. Productiedoel</b>	<b>3. Productietype</b>	<b>Stalnummer:</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
			<b>Aantal dieren:</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
			<b>Geboortedatum:</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<b>Extra</b>			<b>Ras/merk:</b>	_____	

<b>Reden inzending:</b>	<b>Monstergegevens:</b>		
<b>Project nr.:</b> _____	Datum monstername: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Tijd (uur:min.): <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Gemerkt/genummerd als volgt: _____
<b>Opdrachtgever:</b>	<b>Monsternemer:</b>		
Naam: .....	KIP-nummer: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Naam: .....	
Handtekening: .....		GD      Dierenarts      Voorlichter	
Datum: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Pluimveehouder      Anders	

