

Ankomstdag	Dnr
------------	-----

Fyll i med maskin eller texta tydligt. Obligatoriska uppgifter är markerade med asterisk (\*).

### 1 ÄGARENS KONTAKTUPPGIFTER

Namn		Telefon
Postadress		
Lägenhetsnummer (9 siffror)*	Djurhållningsplatsnummer (12 siffror)*	FO-nummer
Sänd analyscertifikat till denna e-postadress. I annat fall sänds det per post. E-postadress:		

### 2 FÖR KÄNNEDOM

Behandlande veterinär	Telefon
Postadress	
Sänd analyscertifikat till denna e-postadress. I annat fall sänds det per post. E-postadress:	
Analyscertifikaten sänds även för kännedom till ETT ry / Naseva, PL 221, 60101 Seinäjoki	

### 3 UNDERSÖKNINGEN BETALAS AV

<input type="checkbox"/> Ägaren <input type="checkbox"/> Veterinär
<input type="checkbox"/> Annan mottagare:

### 4 ÖNSKAD UNDERSÖKNING

<input type="checkbox"/> <i>M. bovis</i> påvisning i slem från näsborren (PCR) <input type="checkbox"/> Annan:
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### 5 UNDERSÖKNINGENS ORSAK

<input type="checkbox"/> Strävan efter att uppnå specialnivån <input type="checkbox"/> prov I <input type="checkbox"/> prov II <input type="checkbox"/> Annan:
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### 6 INFORMATION OM GÅRDEN

<input type="checkbox"/> Mjölkboskap <15 kor	<input type="checkbox"/> Mjölkboskap 1 –50 kor	<input type="checkbox"/> Mjölkboskap > 50 kor
<input type="checkbox"/> Dikobesättning <15 kor	<input type="checkbox"/> Dikobesättning 15 –50 kor	<input type="checkbox"/> Dikobesättning >50 kor
Uppfödningsslag: <input type="checkbox"/> Ekologisk <input type="checkbox"/> Ej ekologisk		
Köpta kalvar: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Antal djur i besättningen:    över 2 år:                      st.    6 mån–2 år:                      st.    under 6 mån:                      st.		

Ankomstdag	Dnr
------------	-----

**7 INFORMATION OM PROVEN** (Slemprover från näsborrar i transportrör)

Provtagningsdatum:	Antal prover (st):
--------------------	--------------------

Prov	Födelsesignum	Prov	Födelsesignum
1.		11.	
2.		12.	
3.		13.	
4.		14.	
5.		15.	
6.		16.	
7.		17.	
8.		18.	
9.		19.	
10.		20.	

Datum	Underskrift och namnförtydligande
-------	-----------------------------------

Utdelningsadresser <b>Postens Till dörren-paket, expressbrev</b> Evira, Kuopio Neulaniementie 4, 70210 Kuopio Tfn 029 530 4952	<b>Adress för sändning med buss</b> Evira, Kuopio Matkahuolto Kuopio	<b>Obs! tankmjölkprov</b> Valio, Seinäjoki
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------