

**„IMMUN RÓKAMINTA” ÁTVÉTELI ELISMERVÉNY  
(vakcinázott területek)**

Vadászatra jogosult neve:.....

Székhelye (lev. címe):.....

E-mail:.....

Kódszáma:.....

Elejtő neve, telefonszáma:.....

E-mail:.....

**Az elejtés dátuma:**.....**az elejtett rókák száma:**.....

Név:....., mint hatósági állatorvos igazolom, hogy a mai napon veszettség elleni immunizációs vizsgálat céljából ..... példány rókatetemet átvettem.

Dátum: 20..... hó: ..... nap: .....

p.h.

.....  
hatósági állatorvos

*A későbbi ellenőrzés és elszámolás céljából egy másolati példány megőrzése javasolt! Jelen dokumentumot kérjük az elejtésről szóló számlához csatolni. A számla kiállítási ideje és a teljesítésének napja azonos legyen. A fizetési határidőt kérjük, ne töltsék ki (nem kötelező tartalmi elem!), ha ettől nem tudnak eltekinteni, akkor a kiállítástól számított 30. napot jelölgék meg fizetési határidőnek! Köszönjük*