



מועצת החלב

מהדורה : 03.05.21

טופס טע-02-07

טופס משלוח בדיקת הריון בחלב

מס' רשום במעבדה

שם המשק _____ ישוב _____ תאריך _____ נייד _____

הערה: יש לדגום את החלב החל מ- 28 ימים מהזרעה

מס.	מס' המקנה	תאריך הזרעה	מס' ימים מהזרעה	הערות
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

*חשוב לציין מספר ימים מהזרעה

הנני מתחייב בזאת לשלם עבור עלות הבדיקות למועצת החלב

שם המגדל _____ חתימה _____

המועצה לענף החלב בישראל - ייצור ושיווק (חל"צ)



המערך הארצי לבריאות העטין ואיכות החלב (מאל"ה):
ת.ד. 3553 פארק תעשייה קיסריה 3088900
טל: 04-6274477, פקס: 04-6274242
maale@milk.org.il



משרד:
דרך החורש 4, יהוד
ת.ד. 97, יהוד, מיקוד: 5610002
טל: 03-9564750, פקס: 03-9564766
office@milk.org.il
www.milk.org.il