



טופס משלוח בדיקת הרייון בחלב טופס טע-02-07 מהדורה : 26.1.17

מס' רשום במעבדה

שם המשק _____ ישוב _____ תאריך _____

סוג מקנה: בקר / עיזים (סמן בעגול)

הערה: יש לדגום את החלב 28 ימים מהזרעה / הרבעה והלאה.

| תוצאה | | | מס' ימים מהזרעה/הרבעה | תאריך הזרעה/הרבעה | מס' המקנה | מס"ד |
|-------|-------|-------|-----------------------|-------------------|-----------|------|
| ספק* | שלילי | חיובי | | | | |
| | | | | | | 1 |
| | | | | | | 2 |
| | | | | | | 3 |
| | | | | | | 4 |
| | | | | | | 5 |
| | | | | | | 6 |
| | | | | | | 7 |
| | | | | | | 8 |
| | | | | | | 9 |
| | | | | | | 10 |
| | | | | | | 11 |
| | | | | | | 12 |

* בספק יש לדגום שנית ולשלוח לאבחון המעבדה.

הערות: _____

הנני מתחייב בזאת לשלם עבור עלות הבדיקות למועצת החלב.

חתימה

שם המגדל

המועצה לענף החלב בישראל

המעבדה לבריאות העטין ואיכות החלב ת.ד. 3553 פארק תעשייה קיסריה 3088900

טלפון: 04-6274477, פקס: 04-6274242, דוא"ל: rachel@milk.org.il