



טש-31-01

מהדורה: 5.9.23

שלום לרפת _____

אם אתם מעוניינים בביצוע בדיקה לנגיעות בנאוספורה באמצעות בקורת החלב, החזירו בבקשה את הטופס מלא וחתום על פי הפרטים מטה.

ניתן לשלוח בחזרה בפקס 04-6274242 או בדוא"ל lea@milk.org.il

תודה!

בדיקות נוגדנים נאוספורה – התחייבות לתשלום

1. הנני הח"מ _____, בעל מספר ת.ז. _____, שתפקידי ברפת הוא _____ ומורשה החתימה של רפת _____ מגיש בקשה זו למועצה לענף החלב (ייצור ושיווק) (להלן- מועצת החלב) לביצוע בדיקות חלב לנוגדנים לנאוספורה (להלן- הבדיקות).
2. הנני מאשר כי ידוע לי שהבדיקות יבוצעו במעבדה לבריאות העטין בקיסריה בכפוף לזמינות המעבדה ובתיאום מראש עימה.
3. ידוע לי כי עלות הבדיקה היא בסך 12 ₪ לפרה (הסכום- אינו כולל מע"מ) וכי הסכום הסופי לתשלום הינו תלוי מספר הפרות שיבדקו בביקורת החלב החודשית, שתבוצע עפ"י בקשתי כאמור.
4. ידוע לי כי התשלום יתבצע בכפוף לדרישת מועצת החלב.
5. בהתאם לאמור לעיל, הנני מתחייב, התחייבות בלתי חוזרת, לפעול בהתאם לאמור לעיל ולשלם למועצת החלב תמורה בגין ביצוע הבדיקות.

להלן פרטי מבקש השירות:

שם _____ עוסק מורשה/ח.פ. _____

שם איש קשר _____ טלפון _____

דוא"ל _____ כתובת למשלוח חשבונית _____

שם: _____ חתימה וחותמת: _____ תאריך: _____

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