

משרד החקלאות ופיתוח הכפר

השירותים הווטרינריים ובריאות המקנה

לכבוד: _____ שם רופא וטרינר ממשלתי _____
מערך בריאות העוף, מרחב: צפון / דרום / צפון פקס: 04-6303456 / דרום פקס: 03-9688975

למילוי על ידי המגדל

בקשה להעברת עופות ממשק באזור המוכרז כנגוע בשפעת עופות להמשך גידול (יש לצרף דוח תמותה של השבוע האחרון ולדגום 60 מושי קנה מכל מבנה):

שם המשק: _____ שם היישוב: _____ מספר רישיון: _____

טלפון: _____ פקס: _____

סוג עוף (יש למחוק את המיותר): פרגיות רבייה כבדה / הודנים / פרגיות לביצי מאכל

פרגיות רבייה קלה / הודים לרבייה / אחר: _____

תאריכי בקיעה: _____ מספר לולים במשק: _____

שם המשק המקבל	רישיון	יישוב	מספר עופות

למילוי על ידי הרופא הווטרינר המטפל:

אני מצהיר כי שוחחתי עם המגדל של הלהקה אשר פרטיה רשומים לעיל, ואין סימני מחלה בלהקה ע"פ תמותה, ונתוני צריכת מזון ומים.

חתימת הרופא _____ חותמת _____ תאריך ושעה _____

למילוי על ידי המעבדה

מספר הלולים שנבדקו: _____ H5: _____

תאריך ושעת קבלת הבדיקה במעבדה: _____

שם מבצע הבדיקה _____ חתימה _____ תאריך _____

האישור ניתן ל-72 שעות מקבלת הבדיקה במעבדה

למילוי על ידי הרופא הווטרינר הממשלתי למחלות עופות

הנני מתיר להעביר את העופות שפרטיהם רשומים לעיל למשקים שפרטיהם רשומים לעיל.

חתימה _____ חותמת _____ תאריך _____