**EBÖSSZEÍRÓ ADATLAP – 2023.**

(Ebenként külön adatlapot kell kitölteni)

|  |  |
| --- | --- |
| **EB** | **TRANSZPONDER** |
| 1.1 Hívóneve: ……………………………………. | 2.1 Beültetés dátuma: …………………………... |
| 1.2 Fajtája: ……………………………………….. | 2.2 Sorszáma:……………………………………. |
| 1.3 Neme: kan  szuka  | 2.3 Beültető orvos neve, kamarai bélyegzőszáma : …………………………………  ………………………………………………………  ……………………………………………………… |
| 1.4 Születési dátuma:……………………………. |
| 1.5 Színe: ………………………………………… |

|  |  |
| --- | --- |
| **IVARTALANÍTOTT EB ESETÉN** | **MELLÉKLETEK, IGAZOLÁSOK** |
| 3.1 Ivartalanított:  | 4.1 Segítő:  |
| 3.2 Dátuma: ……………………………………… | 4.2 Terápiás:  |
| 3.3 Ivartalanító orvos neve, kamarai bélyegzőszáma: ………………………………….  ……………………………………………………... | 4.3 Közfeladatot ellátó:  |
| 4.4 Magyar fajta:  |
| 4.5 Menhelyről befogadott:  |
| 4.6 MEOE szárm. szám:  |

|  |  |
| --- | --- |
| **TULAJDONOS** | **EBTARTÓ** |
| 5.1 Név: …………………………………………................ | 6.1Név: ………………………………………….................. |
| 5.2 Cím: ……………………………………………………..  ……………………………………………………..  …………………………………………………….. | 6.2Cím: ……………………………………………………… |
| 6.3Telefon:………………………………………… |
| 6.4 Email:………………………………………….. |
| 6.5 Tartási hely címe:……………………………. ……………………………………………………… |

|  |  |
| --- | --- |
| **VESZETTSÉG ELLENI OLTÁS** | **OLTÁSI KÖNYV** |
| 7.1 Időpontja: …………………………………….. | 8.1Sorszáma: ……………………………………. |
| 7.2 Vakcina neve: ……………………………….. | 8.2 Kiállítás dátuma: ……………………………. |
| 7.3 Gyártási száma: …………………………….. | 8.3 Kiállítás végző orvos neve, kamarai bélyegző száma:………………………………….  ……………………………………………………... |
| 7.4 Oltást végző orvos neve, kamarai bélyegző száma:………………………………………......... |

|  |
| --- |
| **KISÁLLAT ÚTLEVÉL** |
| 9.1 Sorszáma: ……………………………………………………………………………………………… |
| 9.2 Kiállítva: ………………………………………………………………………………………………… |
| 9.3 Kiállító orvos neve, kamarai bélyegző száma: …………………………………………………….. |

|  |  |
| --- | --- |
| **VESZETT EB** | **VESZÉLYES EB** |
| 10.1 Veszettség szempontjából aggályos eb megfigyelési státusza:  megfigyelt\* nem megfigyelt\* | 10.2 Az eb veszélyessé minősítésének ténye:  igen\* nem\* |
| Kezdő időpontja:…………………………………. | Időpontja:…………………………………………. |

*Alulírott ebtulajdonos nyilatkozom arról, hogy a bejelentett adatok a valóságnak megfelelnek!*

Dátum: ……………………………………………

……………………………………………………

Ebtulajdonos aláírása

\*a megfelelő választ kell megjelölni (aláhúzni)