ΜΕΤΡΟ 14.: ΚΑΛΗ ΔΙΑΒΙΩΣΗ ΤΩΝ ΖΩΩΝ

ΔΡΑΣΗ Γ: ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΟΥΝ ΧΩΛΟΤΗΤΑ

ΜΗΤΡΩΟ ΧΡΗΣΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ Η'/ΚΑΙ ΑΛΛΩΝ ΣΚΕΥΑΣΜΑΤΩΝ ΓΙΑ ΕΜΒΑΠΤΙΣΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΠΟΔΙΩΝ ΤΩΝ ΖΩΩΝ

ΚΩΔΙΚΟΣ ΚΤΗΝ. ΕΚΜΕΤΑΛΛΕΥΣΗΣ: CYS…….…… ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΙΤΗΣΗΣ ΣΤΟ ΜΕΤΡΟ : ……

ΕΤΟΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ: …….…… ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΙΤΗΤΗ : ……

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΙΤΗΤΗ : ……

Συχνότητα: Τουλάχιστον κάθε τρίμηνο

Α/Α	**Ημερομηνία Εφαρμογής**	**Αριθμός αιγών που υποβλήθηκαν στη θεραπεία**	**Αριθμός προβάτων που υποβλήθηκαν στη θεραπεία**	**Ονομασία σκευάσματος που εφαρμόστηκε**	**Προμηθευτής**	**Αρ. Παρτίδας σκευάσματος και Αρ. Τιμολογίου/Απόδειξης**	**Ημερομηνία Λήξεως σκευάσματος**	**Παρατηρήσεις θεραπευτικής αγωγής**

Δηλώνω υπεύθυνα ότι, για όλο το χρονικό διάστημα συμμετοχής μου στο Μέτρο 14, μέχρι και την τελική πληρωμή του έτους δέσμευσης, θα έχω στην κατοχή μου όλα τα τιμολόγια/αποδείξεις πληρωμής που αφορούν την αγορά των εγκεκριμένων και ενδεικνυόμενων από τις Αρμόδιες Αρχές απαιτούμενων φαρμακευτικών ή/και άλλων σκευασμάτων για την εφαρμογή της Δράσης Γ

Μονογραφή Αιτητή……..

ΜΗΤΡΩΟ ΧΡΗΣΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ Η'/ΚΑΙ ΑΛΛΩΝ ΣΚΕΥΑΣΜΑΤΩΝ ΓΙΑ ΕΜΒΑΠΤΙΣΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΠΟΔΙΩΝ ΤΩΝ ΖΩΩΝ

ΚΩΔΙΚΟΣ ΚΤΗΝ. ΕΚΜΕΤΑΛΛΕΥΣΗΣ: CYS ..... **ΕΤΟΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ : .....**

Συχνότητα: Τουλάχιστον κάθε τρίμηνο

Α/Α	**Ημερομηνία Εφαρμογής**	**Αριθμός αιγών που υποβλήθηκαν στη θεραπεία**	**Αριθμός προβάτων που υποβλήθηκαν στη θεραπεία**	**Ονομασία σκευάσματος που εφαρμόστηκε**	**Προμηθευτής**	**Αρ. Παρτίδας σκευάσματος και Αρ. Τιμολογίου/Απόδειξης**	**Ημερομηνία Λήξεως σκευάσματος**	**Παρατηρήσεις θεραπευτικής αγωγής**

Δηλώνω υπεύθυνα ότι, για όλο το χρονικό διάστημα συμμετοχής μου στο Μέτρο 14, μέχρι και την τελική πληρωμή του έτους δέσμευσης, θα έχω στην κατοχή μου όλα τα τιμολόγια/αποδείξεις πληρωμής που αφορούν την αγορά των εγκεκριμένων και ενδεικνυόμενων από τις Αρμόδιες Αρχές απαιτούμενων φαρμακευτικών ή/και άλλων σκευασμάτων για την εφαρμογή της Δράσης Γ

Μονογραφή Αιτητή.....

ΜΗΤΡΩΟ ΧΡΗΣΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ Η'/ΚΑΙ ΑΛΛΩΝ ΣΚΕΥΑΣΜΑΤΩΝ ΓΙΑ ΕΜΒΑΠΤΙΣΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΠΟΔΙΩΝ ΤΩΝ ΖΩΩΝ

ΚΩΔΙΚΟΣ ΚΤΗΝ. ΕΚΜΕΤΑΛΛΕΥΣΗΣ: CYS …….…… **ΕΤΟΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ : ……**

Συχνότητα: Τουλάχιστον κάθε τρίμηνο

Α/Α	**Ημερομηνία Εφαρμογής**	**Αριθμός αιγών που υποβλήθηκαν στη θεραπεία**	**Αριθμός προβάτων που υποβλήθηκαν στη θεραπεία**	**Ονομασία σκευάσματος που εφαρμόστηκε**	**Προμηθευτής**	**Αρ. Παρτίδας σκευάσματος και Αρ. Τιμολογίου/Απόδειξης**	**Ημερομηνία Λήξεως σκευάσματος**	**Παρατηρήσεις θεραπευτικής αγωγής**

Δηλώνω υπεύθυνα ότι, για όλο το χρονικό διάστημα συμμετοχής μου στο Μέτρο 14, μέχρι και την τελική πληρωμή του έτους δέσμευσης, θα έχω στην κατοχή μου όλα τα τιμολόγια/αποδείξεις πληρωμής που αφορούν την αγορά των εγκεκριμένων και ενδεικνυόμενων από τις Αρμόδιες Αρχές απαιτούμενων φαρμακευτικών ή/και άλλων σκευασμάτων για την εφαρμογή της Δράσης Γ

Μονογραφή Αιτητή…….

ΜΗΤΡΩΟ ΧΡΗΣΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ Η'/ΚΑΙ ΑΛΛΩΝ ΣΚΕΥΑΣΜΑΤΩΝ ΓΙΑ ΕΜΒΑΠΤΙΣΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΠΟΔΙΩΝ ΤΩΝ ΖΩΩΝ

ΚΩΔΙΚΟΣ ΚΤΗΝ. ΕΚΜΕΤΑΛΛΕΥΣΗΣ: CYS …….. **ΕΤΟΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ : ……**

Συχνότητα: Τουλάχιστον κάθε τρίμηνο

Α/Α	**Ημερομηνία Εφαρμογής**	**Αριθμός αιγών που υποβλήθηκαν στη θεραπεία**	**Αριθμός προβάτων που υποβλήθηκαν στη θεραπεία**	**Ονομασία σκευάσματος που εφαρμόστηκε**	**Προμηθευτής**	**Αρ. Παρτίδας σκευάσματος και Αρ. Τιμολογίου/Απόδειξης**	**Ημερομηνία Λήξεως σκευάσματος**	**Παρατηρήσεις θεραπευτικής αγωγής**

Δηλώνω υπεύθυνα ότι, για όλο το χρονικό διάστημα συμμετοχής μου στο Μέτρο 14, μέχρι και την τελική πληρωμή του έτους δέσμευσης, θα έχω στην κατοχή μου όλα τα τιμολόγια/αποδείξεις πληρωμής που αφορούν την αγορά των εγκεκριμένων και ενδεικνυόμενων από τις Αρμόδιες Αρχές απαιτούμενων φαρμακευτικών ή/και άλλων σκευασμάτων για την εφαρμογή της Δράσης Γ

Μονογραφή Αιτητή……..

ΕΝΤΥΠΟ Μ14/Γ.1. Αρ. Σελίδας: …….

ΜΗΤΡΩΟ ΧΡΗΣΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ Η'/ΚΑΙ ΑΛΛΩΝ ΣΚΕΥΑΣΜΑΤΩΝ ΓΙΑ ΕΜΒΑΠΤΙΣΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΠΟΔΙΩΝ ΤΩΝ ΖΩΩΝ

ΚΩΔΙΚΟΣ ΚΤΗΝ. ΕΚΜΕΤΑΛΛΕΥΣΗΣ: CYS …….. **ΕΤΟΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ : ……**

Συχνότητα: Τουλάχιστον κάθε τρίμηνο

Α/Α	**Ημερομηνία Εφαρμογής**	**Αριθμός αιγών που υποβλήθηκαν στη θεραπεία**	**Αριθμός προβάτων που υποβλήθηκαν στη θεραπεία**	**Ονομασία σκευάσματος που εφαρμόστηκε**	**Προμηθευτής**	**Αρ. Παρτίδας σκευάσματος και Αρ. Τιμολογίου/Απόδειξης**	**Ημερομηνία Λήξεως σκευάσματος**	**Παρατηρήσεις θεραπευτικής αγωγής**

Δηλώνω υπεύθυνα ότι, για όλο το χρονικό διάστημα συμμετοχής μου στο Μέτρο 14, μέχρι και την τελική πληρωμή του έτους δέσμευσης, θα έχω στην κατοχή μου όλα τα τιμολόγια/αποδείξεις πληρωμής που αφορούν την αγορά των εγκεκριμένων και ενδεικνυόμενων από τις Αρμόδιες Αρχές απαιτούμενων φαρμακευτικών ή/και άλλων σκευασμάτων για την εφαρμογή της Δράσης Γ

Μονογραφή Αιτητή……..