

**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: ..... έτος  
(να οριστεί 1ο ή 2ο έτος)

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΙΤΗΤΗ : .....

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΙΤΗΤΗ : .....

**Συχνότητα: Τουλάχιστον 4 φορές το χρόνο (μία φορά κάθε 3 μήνες)**

A/A	Ημερομηνία Εφαρμογής	Αριθμός αιγών που υποβλήθηκαν στη θεραπεία	Αριθμός προβάτων που υποβλήθηκαν στη θεραπεία	Όνομασία 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 δεύτερου 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

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

ΚΩΔΙΚΟΣ ΚΤΗΝ. ΕΚΜΕΤΑΛΛΕΥΣΗΣ: CYS .....

ΕΤΟΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ (να οριστεί 1ο ή 2ο έτος): ..... έτος

Συχνότητα: Τουλάχιστον 4 φορές το χρόνο (μία φορά κάθε 3 μήνες)

A/A	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 δεύτερου 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

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

ΚΩΔΙΚΟΣ ΚΤΗΝ. ΕΚΜΕΤΑΛΛΕΥΣΗΣ: CYS .....

**ΕΤΟΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ (να οριστεί 1ο ή 2ο έτος): ..... έτος**

**Συχνότητα: Τουλάχιστον 4 φορές το χρόνο (μία φορά κάθε 3 μήνες)**

A/A	Ημερομηνία Εφαρμογής	Αριθμός αιγών που υποβλήθηκαν στη θεραπεία	Αριθμός προβάτων που υποβλήθηκαν στη θεραπεία	Όνομασία 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 δεύτερου 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