ΜΕΤΡΟ 14.: ΚΑΛΗ ΔΙΑΒΙΩΣΗ ΤΩΝ ΖΩΩΝ
ΔΡΑΣΗ Γ: ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΟΥΝ ΧΩΛΟΤΗΤΑ

ΜΗΤΡΩΟ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΩΝ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΧΩΛΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΝΥΧΙΩΝ

ΚΩΔΙΚΟΣ ΚΤΗΝ. ΕΚΜΕΤΑΛΛΕΥΣΗΣ: CYS…….

ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΙΤΗΣΗΣ ΣΤΟ ΜΕΤΡΟ : ……..……..……

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

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΙΤΗΤΗ : ……..……..……

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΙΤΗΤΗ : ……..……

Συχνότητα: Τουλάχιστον 2 φορές κατά τη διάρκεια της γαλακτικής περιόδου

Α/Α	**Αρ. ενωτίου ζώου**	**Είδος ζώου (αίγα ή πρόβατο)**	**Ημερομηνία εφαρμογής της θεραπείας**	**Θεραπεία για αντιμετώπιση της χωλότητας (αν έλαβε θεραπεία, να σημειωθεί √)**	**Περιποίηση των νυχιών (αν έλαβε περιποίηση, να σημειωθεί √)**	**Ονομασία φαρμακευτικού ή/και άλλου 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 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΩΝ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΧΩΛΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΝΥΧΙΩΝ

ΚΩΔΙΚΟΣ ΚΤΗΝ. ΕΚΜΕΤΑΛΛΕΥΣΗΣ: CYS ……..…… **ΕΤΟΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ (να οριστεί 1ο ή 2ο έτος): …… έτος**

Συχνότητα: Τουλάχιστον 2 φορές κατά τη διάρκεια της γαλακτικής περιόδου

Α/Α	**Αρ. ενωτίου ζώου**	**Είδος ζώου (αίγα ή πρόβατο)**	**Ημερομηνία εφαρμογής της θεραπείας**	**Θεραπεία για αντιμετώπιση της χωλότητας (αν έλαβε θεραπεία, να σημειωθεί √)**	**Περιποίηση των νυχιών (αν έλαβε περιποίηση, να σημειωθεί √)**	**Ονομασία φαρμακευτικού ή/και άλλου 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 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΩΝ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΧΩΛΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΝΥΧΙΩΝ

ΚΩΔΙΚΟΣ ΚΤΗΝ. ΕΚΜΕΤΑΛΛΕΥΣΗΣ: CYS …… **ΕΤΟΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ (να οριστεί 1ο ή 2ο έτος): …… έτος**

Συχνότητα: Τουλάχιστον 2 φορές κατά τη διάρκεια της γαλακτικής περιόδου

Α/Α	**Αρ. ενωτίου ζώου**	**Είδος ζώου (αίγα ή πρόβατο)**	**Ημερομηνία εφαρμογής της θεραπείας**	**Θεραπεία για αντιμετώπιση της χωλότητας (αν έλαβε θεραπεία, να σημειωθεί √)**	**Περιποίηση των νυχιών (αν έλαβε περιποίηση, να σημειωθεί √)**	**Ονομασία φαρμακευτικού ή/και άλλου 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