ΜΕΤΡΟ 14: ΚΑΛΗ ΔΙΑΒΙΩΣΗ ΤΩΝ ΖΩΩΝ - ΑΙΓΟΠΡΟΒΑΤΩΝ
ΔΡΑΣΗ Α: ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΒΙΟΑΣΦΑΛΕΙΑΣ
ΜΗΤΡΩΟ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΩΝ

ΚΩΔΙΚΟΣ ΚΤΗΝ. ΕΚΜΕΤΑΛΛΕΥΣΗΣ: CYS……

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

ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΙΤΗΣΗΣ ΣΤΟ ΜΕΤΡΟ : ……

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΙΤΗΤΗ : ……

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΙΤΗΤΗ : ……

Διαδικασία: Εφαρμογή προγράμματος εμβολιασμού <u>σε όλα τα ζώα της μονάδας</u> σε συνεργασία με τον υπεύθυνο της εκμετάλλευσης ιδιώτη Κτηνίατρο, όπως για χλαμύδια, παραφυματίωση, εντεροτοξιναιμία, E. coli, πνευμονία και άλλα

Συχνότητα: Εφαρμογή του Προγράμματος Εμβολιασμού σύμφωνα με το πρόγραμμα εμβολιασμού που έχει καταρτίσει ο Κτηνίατρος της εκμετάλλευσης, το οποίο περιλαμβάνεται στο Διετές σχέδιο Καλής Διαχείρισης για την Ευημερία των Αιγοπροβάτων στη Δράση Α

Α/Α	Ηλικία ζώων κατά τον εμβολιασμό: Κάτω των 7 / Άνω των 7 μηνών (να καθοριστεί)	Αριθμός επισυν/μενης κατάστασης με τα ενώτια των ζώων που έχουν εμβολιαστεί	Ημερομηνία Εμβολιασμού	Αριθμός ζώων που έχουν εμβολιαστεί	Ονομασία Εμβολίου	Αρ. Παρτίδας εμβολίων και Αρ. Τιμολογίου/Απόδειξης	Ημερομηνία λήξης εμβολίων	Προμηθευτής	Όνομα/Υπογραφή υπεύθυνου Κτηνίατρου	Παρατηρήσεις Εμβολιασμού

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 Α

ΜΗΤΡΩΟ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΩΝ

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

Α/Α	Ηλικία ζώων κατά τον εμβολιασμό: Κάτω των 7 / Άνω των 7 μηνών (να καθοριστεί)	Αριθμός επισυν/μενης κατάστασης με τα ενώτια των ζώων που έχουν εμβολιαστεί	Ημερομηνία Εμβολιασμού	Αριθμός ζώων που έχουν εμβολιαστεί	Ονομασία Εμβολίου	Αρ. Παρτίδας εμβολίων και Αρ. Τιμολογίου/Απόδειξης	Ημερομηνία λήξης εμβολίων	Προμηθευτής	Όνομα/Υπογραφή υπεύθυνου Κτηνίατρου	Παρατηρήσεις Εμβολιασμού

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 Α

ΜΗΤΡΩΟ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΩΝ

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

Α/Α	Ηλικία ζώων κατά τον εμβολιασμό: Κάτω των 7 / Άνω των 7 μηνών (να καθοριστεί)	Αριθμός επισυν/μενης κατάστασης με τα ενώτια των ζώων που έχουν εμβολιαστεί	Ημερομηνία Εμβολιασμού	Αριθμός ζώων που έχουν εμβολιαστεί	Ονομασία Εμβολίου	Αρ. Παρτίδας εμβολίων και Αρ. Τιμολογίου/Απόδειξης	Ημερομηνία λήξης εμβολίων	Προμηθευτής	Όνομα/Υπογραφή υπεύθυνου Κτηνίατρου	Παρατηρήσεις Εμβολιασμού

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 Α