Bestilling af foderlægemiddel indeholdende 2500 ppm zink:

***Sendes til:***

*Mollerup Mølle, fax nr. 97744230, mail* [*recept@mollerup.dk*](mailto:recept@mollerup.dk)

*Udfyldes af dyrlæge:*

|  |  |
| --- | --- |
| Dyrlægen (den ordinerende dyrlæges  navn og adresse)  Fax nr. |  |
|  |
|  |
| Dyrlægens autorisationsnummer |  |
| Foderlægemiddelproducentens eller  forhandlerens navn, firma, adresse  og CVR nummer |  |
| Navn og adresse på husdyrbrugeren  eller indehaveren af dyrene: |  |
|  |
|  |
| Kundens CHR nummer |  |
| Oplysninger til identifikation af dyr og antallet heraf: |  |
|  |
| Indikation / Ordinationsgruppe |  |
| Opblandes i foderblanding |  |
| Betegnelsen på den godkendte  Lægemiddelforblanding og dennes  andel af foderlægemidlet (g/kg) |  |
|  |
|  |
| Antal leveringer |  |
| Mængde foder i alt (kg): |  |
| Særlige oplysninger til husdyrbruger: |  |
|  |
| Foderlægemidlets dosering,  behandlingshyppighed og varighed |  |
|  |
| Dyreart og -alder |  |
| Tilbageholdelsestid før slagtning eller  markedsføring af produkter af  behandlede dyr |  |
|  |
|  |

**Dato : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dyrlæges underskrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Udleveringsdato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Producentens underskrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*Recepten er gyldig i 31 dage og evt. til flere leveringer, recepten er gældende i 3 måneder*

*Recepten skal opbevares i 3 år.*