Landeskontrollverband Sachsen-Anhalt e.V.
Angerstraße 6
06118 Halle/S.

# Probenkastenbegleitschein für Milchleistungsproben

Name Betrieb:

Feld nicht beschriften!

Kasten-Nr.:

Betriebs-Schlüssel:

Abrechnungs-Einheit:

Prüfdatum:

Flaschen-Nr. der letzten Probe mit Milch im Kasten:

Anzahl der Kästen gesamt:

**Trächtigkeitsuntersuchung (kostenpflichtig)**

Kästchen bitte ankreuzen

Anzahl der Proben:

Proben-Nr.:

E-Mail für Ergebnismitteilung:

**Leistungsprüfer:**

Telefon:

**Bemerkungen:**

04/2025

Landeskontrollverband Sachsen-Anhalt e.V.
Angerstraße 6
06118 Halle/S.

Probenkastenbegleitschein für Milchleistungsproben

Name Betrieb:

Feld nicht beschriften!

Kasten-Nr.:

Betriebs-Schlüssel:

Abrechnungs-Einheit:

Prüfdatum:

Flaschen-Nr. der letzten Probe mit Milch im Kasten:

Anzahl der Kästen gesamt:

Trächtigkeitsuntersuchung (kostenpflichtig)

Kästchen bitte ankreuzen

Anzahl der Proben:

Proben-Nr.:

E-Mail für Ergebnismitteilung:

Leistungsprüfer:

Telefon:

Bemerkungen:

04/2025