Changed with the DEMO VERSION of CAD-KAS PDF-Editor (http://www.c

Nº 2548354

# RTIFICADO DE VACUNACIÓN ANTIRRÁBICA

bre Propietario: Horacio [illegible]

cción: _____

lad : Stgo Teléfono: _____

bre del animal: _____ Sexo: _____

ecie: _____ Color: _____

a: _____ Tatuaje: _____

d: _____

una: **Nobivac Rabia**

Fabricante: MSD Salud Animal **Intervet International B.V., Holanda.**

rtador: **Intervet Chile Ltda.**

Changed with the DEMO VERSION of CAD-KAS PDF-Editor (http://www.c

na vacunación: 2/11/12 Serie N°: A122062

na próxima vacunación: 2/11/13

Nombre Médico Veterinario

_____

N°: _____

cción: _____

lad : _____ Teléfono: _____

I. MUNICIPALIDAD DE CERRILLOS
Jefe de Zoonosis
Dirección de Gestión Ambiental

Firma

Polygramma 2370397

: Sr. Médico Veterinario, recuerde informar mensualmente al Servicio de Salud espondiente, el número de dosis aplicadas por especie.

COPIA MÉDICO VETERINARIO

Changed with the DEMO VERSION of CAD-KAS PDF-Editor (http://www.c

Changed with the DEMO VERSION of CAD-KAS PDF-Editor (http://www.c

Nº 2548356

# ERTIFICADO DE VACUNACIÓN ANTIRRÁBICA

ombre Propietario: Horacio Manriquez

rección: —

iudad : Sijo Teléfono:

ombre del animal: Oso Sexo: Macho

specie: Canino Color: Negro/Café

aza: Mestizo Rotweiler Tatuaje:

dad: Sanos

acuna:
C. Fabricante:
nportador:

MSD Salud Animal

Nobivac Rabia
Intervet International B.V., Holanda.
Intervet Chile Ltda.

Changed with the DEMO VERSION of CAD-KAS PDF-Editor (http://www.c

echa vacunación: 23/11/14 Serie N°: A112A02

echa próxima vacunación: 23/11/15

Nombre Médico Veterinario

UT N°:

irección:

iudad : Teléfono:

I. MUNICIPALIDAD DE CERRILLOS
Jefe de Zoonosis
Dirección de Gestión Ambiental
Firma

Polygramma 2370397

lota: Sr. Médico Veterinario, recuerde informar mensualmente al Servicio de Salud orrespondiente, el número de dosis aplicadas por especie.

COPIA MÉDICO VETERINARIO

Changed with the DEMO VERSION of CAD-KAS PDF-Editor (http://www.c

Changed with the DEMO VERSION of CAD-KAS PDF-Editor (http://www.c

Nº 2548355

# CERTIFICADO DE VACUNACIÓN ANTIRRÁBICA

Nombre Propietario: Horacio [illegible]

Dirección: —

Ciudad : [illegible] Teléfono:

Nombre del animal: Chinolo Sexo: [illegible]

Especie: [illegible] Color: [illegible]

Raza: [illegible] Tatuaje:

Changed with the DEMO VERSION of CAD-KAS PDF-Editor (http://www.c

Vacuna: **Nobivac Rabia**
Lab. Fabricante: **Intervet International B.V., Holanda.**
Importador: **Intervet Chile Ltda.**

MSD Salud Animal

Fecha vacunación: 23/11/14 Serie N°: [illegible]

Fecha próxima vacunación: 23/11/15

Nombre Médico Veterinario

RUT N°:

Dirección:

Ciudad : Teléfono:

I. MUNICIPALIDAD DE CERRILLOS
Jefe de Zoonosis
Dirección de Gestión Ambiental

Firma

Nota: Si Médico Veterinario, vacuna de informar mensualmente al Servicio de Salud correspondiente, el número de dosis aplicadas por especie.

Polygramma 2370397

Changed with the DEMO VERSION of CAD-KAS PDF-Editor (http://www.c

Changed with the DEMO VERSION of CAD-KAS PDF-Editor (http://www.c

I.MUNICIPALIDAD DE CERRILLOS
DIRECCIÓN DE GESTION AMBIENTAL

Folio Nº _____

## INFORME DE VISITA A TERRENO

**NOMBRE RESPONSABLE DE LA VISITA**

Viviendas sin moradores

Fecha ..... Fecha .....Fecha
Hora .....Hora .....Hora

Disposición de Cebo

Pellets= _____
Bloques = _____

Plazo
( ) 24 hrs.
( ) 48 hrs.
( ) hasta _____

**INFORME DE INSPECCIÓN**

RESULTADO

.....

.....

---

I. MUNICIPALIDAD DE CERRILLOS
DIRECCIÓN DE GESTION AMBIENTAL

Folio Nº 1521-14
FECHA _____

## SOLICITUD UNICA DE ATENCION

**NOMBRE SOLICITANTE** Horacio Mo

**RUT** **DIRECCION**

Changed with the DEMO VERSION of CAD-KAS PDF-Editor (http://www.c
Changed with the DEMO VERSION of CAD-KAS PDF-Editor (http://www.c