Nº 2548144

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN ANTIRRÁBICA

Nombre Propietario: Fernando [illegible]

Dirección: _____

Ciudad : Santiago Teléfono: _____

Nombre del animal: [illegible] Sexo: Menor

Especie: Canino Color: Blanco/negro

Raza: [illegible] Tatuaje: _____

Edad: 3 años

Vacuna: **Nobivac Rabia**
Nº. Fabricante: **Intervet International B.V., Holanda.**
Importador: **Intervet Chile Ltda.**

MSD Salud Animal

Fecha vacunación: 20-01-15 Serie Nº: A181A01

Fecha próxima vacunación: 10-01-16

Nombre Médico Veterinario

_____

RUT Nº: _____

Dirección: _____

Ciudad : _____ Teléfono: _____

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

Firma

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

COPIA MÉDICO VETERINARIO

Polygramma 2370397

CAD-KAS PDF-Editor (http://www.cadkas.com) DEMO VERSION of CAD-KAS PDF-Ed