Nº 2548438

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN ANTIRRÁBICA

Nombre Propietario: _____

Dirección: _____

Ciudad : Stgo Teléfono: _____

Nombre del animal: Cholo Sexo: Macho

Especie: Canino Color: Negro

Raza: Mestizo Tatuaje: _____

Edad: 2 Años

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

Fecha vacunación: 24/2/15 Serie N°: _____

Fecha próxima vacunación: 24/2/16

Nombre Médico Veterinario

_____

RUT N°: _____

Dirección: _____

Ciudad : _____ Teléfono: _____

_____
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

Nº 2548435

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN ANTIRRÁBICA

Nombre Propietario: _____

Dirección: _____

Ciudad : Stgo Teléfono: _____

Nombre del animal: Cole Sexo: _____

Especie: Canino Color: _____

Raza: Mestizo Tatuaje: _____

Edad: 2 años

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

Fecha vacunación: 26/7/16 Serie Nº: A187201

Fecha próxima vacunación: 26/7/16

Nombre Médico Veterinario

_____

RUT Nº: _____

Dirección: _____

Ciudad : _____ Teléfono: _____

_____

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

Nº 2548457

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN ANTIRRÁBICA

Nombre Propietario: ___

Dirección: ___

Ciudad : 5450 ___ Teléfono: ___

Nombre del animal: Mancha ___ Sexo: ___

Especie: Canino ___ Color: ___

Raza: Mestizo ___ Tatuaje: ___

Edad: Un año ___

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

Fecha vacunación: 26/11/15 ___ Serie Nº: Albino

Fecha próxima vacunación: 26/11/16

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.

Polygramma 2370397

COPIA MÉDICO VETERINARIO

NOMBRE

CEDULA DE IDENTIDAD

DIRECCION

TELEFONO

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

GLOSA: VACUNACION ANTIRRÁBICA DE CUATRO CANINOS / I. SOCIAL – REBAJA / FUNCIONARIO EMISOR: RICHARD PINTO MERINO

CUENTA	CONCEPTO	MONTO
0779009-9	V. ANTIRRÁBICA	4.302

TOTAL 4.302

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

CERRILLOS