Nº2548455

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN ANTIRRÁBICA

Nombre Propietario: _____

Dirección: _____

Ciudad : 5190 Teléfono: _____

Nombre del animal: [illegible] Sexo: _____

Especie: _____ Color: _____

Raza: _____ Tatuaje: _____

Edad: _____

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

MSD Salud Animal

Fecha vacunación: 27/2/15 Serie Nº: A18FA01

Fecha próxima vacunación: 27/2/16

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