

All'Associazione Provinciale Allevatori
Via Belgio, 10 - 37135 Verona

Il sottoscritto: _____
in qualita' di: _____ dell'Azienda Agricola denominata: _____

CODICE A.U.A.: 24 - _____ -

CHIEDE che nella propria Azienda venga effettuato il seguente tipo di Controllo Funzionale:

A 4 SI NO controllo sulle due munte giornaliere, con periodicità di 30 giorni - mattino e sera.
(Costo L. 24.000 per capo mediamente presente)

A T SI NO controllo su unica mungitura, una volta al mattino e una alla sera, con periodicità di 30 giorni.
(Costo L. 19.000 per capo mediamente presente)

Dichiara di effettuare le mungiture nei seguenti orari:

MATTINO: _____ **SERA:** _____

Si impegna, inoltre, a comunicare ogni eventuale variazione dell'orario di mungitura.
Desidera pure, ricevere:

RIVISTA ASS.NAZ. DI RAZZA SI NO

RIVISTA ASS. ITALIANA ALLEVATORI SI NO

RIVISTA EX DAIRY PRESS SI NO

CONTA CELLULE LEUCOCITARIE da spedire al seguente indirizzo:

NOMINATIVO: _____
VIA/LOC.: _____
C.A.P.: _____ **COMUNE:** _____ **PROV.:** _____
num.tel. _____ **num. fax** _____
num. cell. _____ **mail** _____

In fede.

Data: _____

Firma: _____

N.B.: barrare l'ipotesi che interessa