Giornale delle Medicazioni

Corse di Primavera della Città di Fucecchio. (Allegato 2)

Il/La sottoscritto (nome e cognome)

Documento ID: tipo numero scadenza

in qualità di ☐proprietario/a ☐Responsabile del cavallo

Nome:

Razza:

Mantello:

Eta':

Sesso:

numero micro-cip:

dichiara che nei 40 (quaranta) giorni precedenti la Corsa di Primavera della Città Di Fucecchio del ..... il cavallo è stato sottoposto alla somministrazione dei soli trattamenti sottoindicati:

DATA INIZIO TERAPIA	DURATA	FARMACO	DOSAGGIO

In fede

Luogo e data

Firma