ŞAP ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ’NE

 ANKARA

Ekli listede kulak numaraları belirtilen hayvanlarımın şap hastalığı geçirip-geçirmediği konusunda NSP ELISA ile test edilmesini talep ediyorum.

Gereği bilgilerinize arz olunur.

Adres: Tarih:

Hayvan Sahibi Ad-Soyad:

 İmza