**Följesedel**

Blanketten skickas tillsammans med mjölkprover till **Eurofins Steins Laboratorium, Box 324, 551 15** **Jönköping**

**Beställning gäller för prov ej inom ordinarie provmjölkning**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Förening** | **Besättning** | **Provtagningsdatum** |

|  |
| --- |
| **Namn** |
| **Adress** |
| **Postadress** |
| **Telefon Mail:**  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ko nr/ löp nr** | **Streckkod/Provkoppsnummer** | **PCR-Mastit** | **Progesteron** | **Fett, Protein, Cell, Urea** | **PAG-Dräktighet** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

 *Kryssa i vilken analys som önskas.*

Svar önskas via

 Mail Brev