

# IV. TOLLWUTIMPFUNG

*Vaccination against rabies*

HERSTELLER  
UND NAME  
DES IMPFSTOFFES

*Manufacturer &  
Name of vaccine*

CHARGEN-  
NUMMER

*Batch  
Number*

IMPFDATUM<sup>1</sup>  
GÜLTIG BIS<sup>2</sup>

*Vaccination date<sup>1</sup>  
Valid until<sup>2</sup>*

ERMÄCHTIGTER  
TIERARZT

*Authorised  
veterinarian*

DE 01 1234567

  

STEMPEL / UNTERSCHRIFT  
*Stamp / signature*

  

STEMPEL / UNTERSCHRIFT  
*Stamp / signature*

  

STEMPEL / UNTERSCHRIFT  
*Stamp / signature*

  

STEMPEL / UNTERSCHRIFT  
*Stamp / signature*

  

STEMPEL / UNTERSCHRIFT  
*Stamp / signature*

  

STEMPEL / UNTERSCHRIFT  
*Stamp / signature*

  

STEMPEL / UNTERSCHRIFT  
*Stamp / signature*

  

STEMPEL / UNTERSCHRIFT  
*Stamp / signature*

DE 01 1234567