LKV SACHSEN

Ihre Sicherheit.
Ihr Erfolg.
Unsere Verpflichtung.

AMV - Melkzeiten und Probenahme

Betrieb	Betriebsnummer	AE	Prüfdatum

Beginn GERO:	**Datum**	Stunde	Minute		**Ende GERO:**	**Datum**	Stunde	Minute	
				Uhr					**Uhr**

System: ☐ Lely ☐ DeLaval ☐ GEA ☐ andere: _____

Anzahl: ☐ Melkboxen ☐ vorhandene Shuttle(s)

Melkbox Nr.	**Kasten Nr.**	**beprobt von**		**beprobt bis**		**Anzahl Proben**	**Leere Flaschen**
		Datum	**Uhrzeit**	**Datum**	**Uhrzeit**		
			:		:		
			:		:		
			:		:		
			:		:		
			:		:		
			:		:		
			:		:		
			:		:		
			:		:		
			:		:		
			:		:		
			:		:		
			:		:		
			:		:		
			:		:		
			:		:		
			:		:		
			:		:		
			:		:		
			:		:		
			:		:		
			:		:		
			:		:		
			:		:		

Ausfall Datenaufzeichnung AMV ☐ nein ☐ ja: _____

_____

Ausfall Milchmengenmessung / Probenahme am AMV ☐ nein ☐ ja: _____

_____

Für die Richtigkeit der Angaben:

Datum Ort _____ Unterschrift des Betriebsleiters/Beauftragten