LKV SACHSEN

Ihre Sicherheit.
Ihr Erfolg.
Unsere Verpflichtung.

M/T-Prüfung - Melkzeiten

Betrieb	Betriebsnummer	AE	Prüfdatum

Probenahme*			**Gemelk (MM)***			* **Zutreffendes bitte ankreuzen!!!**
	M **(morgens)**			T **(12 Std.)**		
	A **(abends)**			M **(24 Std.)**		

	Melkbeginn	Stunde	Minute		**Melkende**	Stunde	Minute	
Tag vor der Prüfung	**morgens**			Uhr	**morgens**			Uhr
	abends			Uhr	**abends**			Uhr
Prüftag/-datum	**morgens**			Uhr	**morgens**			Uhr
	abends			Uhr	**abends**			Uhr
Tag nach der Prüfung	**morgens**			Uhr	**morgens**			Uhr
	abends			Uhr	**abends**			Uhr

Für die Richtigkeit der Angaben:

Datum Ort

Unterschrift des Betriebsleiters/Beauftragten

PBGS M/T-Prüfung gültig ab 01. Oktober 2020

LKV SACHSEN

Ihre Sicherheit.
Ihr Erfolg.
Unsere Verpflichtung.

M/T-Prüfung - Melkzeiten

Betrieb	Betriebsnummer	AE	Prüfdatum

Probenahme (Probe)*			**Gemelk (MM)***			* **Zutreffendes bitte ankreuzen!!!**
	M **(morgens)**			T **(12 Std.)**		
	A **(abends)**			M **(24 Std.)**		

	Melkbeginn	Stunde	Minute		**Melkende**	Stunde	Minute	
Tag vor der Prüfung	**morgens**			Uhr	**morgens**			Uhr
	abends			Uhr	**abends**			Uhr
Prüftag/-datum	**morgens**			Uhr	**morgens**			Uhr
	abends			Uhr	**abends**			Uhr
Tag nach der Prüfung	**morgens**			Uhr	**morgens**			Uhr
	abends			Uhr	**abends**			Uhr

Für die Richtigkeit der Angaben:

Datum Ort

Unterschrift des Betriebsleiters/Beauftragten

PBGS M/T-Prüfung gültig ab 01. Oktober 2020