V. VACCINAZIONE ANTIRABBICA

VACCINATION AGAINST RABIES

IT050000241589

FABBRICANTE E NOME DEL VACCINO *Manufacturer & name of vaccine*	NUMERO DEL LOTTO *Batch number*	DATA DELLA VACCINAZIONE [1] VALIDA A DECORRERE DAL [2] VALIDA FINO AL [3] *Vaccination date [1] Valid from [2] Valid until [3]*	VETERINARIO AUTORIZZATO *Authorized Veterinarian*
RABIGEN MONO	9TDE	1 12-04-2026 2 03-05-2026 3 12-04-2029	AZIENDA SERVIZIO COLLEGIALE
		1 2 3	*

Almeno nome, indirizzo, numero di telefono e firma
At least name, address, telephone number and signature

IT050000241589

	1 2 3	*
	1 2 3	*
	1 2 3	*

Almeno nome, indirizzo, numero di telefono e firma
At least name, address, telephone number and signature