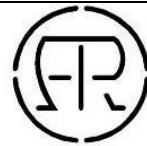




**FORMULARIO DE COMUNICACIÓN DE
TRATAMIENTOS SANITARIOS, DE
SUPLEMENTACIÓN INTEGRAL Y/O
REPRODUCTIVO ENTRE ESTABLECIMIENTOS
GANADEROS SITRAP - CTES
FOR-GEN-060 Rev.: 03**



DATOS DE LA TRANSACCIÓN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

GUIA N°

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

COTA N°

CANTIDAD Y CATEGORÍA DE LOS ANIMALES TRANSFERIDOS

VACAS	VAQUILLAS	NOVILLOS	TOROS	DESMAMANTES		TERNEROS		BUEYES	TOTAL
				MACHO	HEMBRA	MACHO	HEMBRA		

**EL PROVEEDOR DECLARA BAJO FE DE JURAMENTO QUE LOS ANIMALES TRANSFERIDOS
RECIBIERON TRATAMIENTO SANITARIO, DE SUPLEMENTACIÓN INTEGRAL Y/O REPRODUCTIVO.**

Registro de productos utilizados

Categoría	D.I. N°	Cod. Identificador	Producto	Fecha de aplicación	Tiempo de espera	Fecha cumplimiento de retiro D/M/A
				D/M/A	DÍAS	

DATOS DEL PROVEEDOR

--	--	--	--	--

SIGLA SITRAP ESTABLECIMIENTO PROVEEDOR

--	--	--	--	--

SIGLA SITRAP PROPIETARIO PROVEEDOR

FIRMA DEL PROVEEDOR _____

FECHA ____/____/____

ACLARACION:

C.I. N°:

OBSERVACIONES

- El presente formulario solo será utilizado para movimiento de ganado de un establecimiento ganadero SITRAP a otro establecimiento ganadero SITRAP.
- Se utilizará el formulario en los casos de contar con Tratamiento Sanitario, de Suplementación Integral y/o Reproductivo, sin haber cumplido el tiempo de espera para su movimiento.
- Los animales transferidos están debidamente identificados.