ОПИСЬ

№ п/п	Инв. №	Оценка состояния долей вымени (мастит-тест)				Дополнительная информация (Ранее используемые или планируемые препараты)
		ПЛ	ПП	ЗП	ЗЛ	
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						