

Журнал відвідувань

Підприємство та пташник: _____

Дата	Час	Ім'я та підприємство	Дата останнього відвідування іншого пташника	Чи були за кордоном протягом останніх 48 годин?	Чи ознайомилися з процедурами біобезпеки ферми?	Підпис
				Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	
				Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	
				Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	
				Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	
				Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	
				Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	
				Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	
				Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	
				Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	
				Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	
				Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	
				Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	
				Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	
				Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	
				Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	
				Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	
				Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	
				Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	