

Heilbrigðisvottorðsnúmer MAST:

Útflytjandi

Nafn:	Heimilisfang
-------	--------------

Afurðir

Tegund:	Dags. löndunar:	Veiðitímabil / upphaf og endir:	
Nettó þyngd (kg):	Brúttó þyngd (kg):	Fjöldi bretta:	Fjöldi kassa:

Framleiðandi

Nafn:	A-númer:	Framleiðsludags.:	Nafn:	A-númer:	Framleiðsludags.:
Nafn:	A-númer:	Framleiðsludags.:	Nafn:	A-númer:	Framleiðsludags.:
Nafn:	A-númer:	Framleiðsludags.:	Nafn:	A-númer:	Framleiðsludags.:

Móttakandi

Nafn:
Heimilisfang:

Flutningsupplýsingar

Flutningstæki (nafn):	Áfangastaður :				
Lestunarhöfn:	Tengiliður á lestunarhöfn:	Símanúmer á lestunarhöfn:			
Gámanúmer:	Innsiglisnúmer:	Gámanúmer:	Innsiglisnúmer:	Gámanúmer:	Innsiglisnúmer:
Gámanúmer:	Innsiglisnúmer:	Gámanúmer:	Innsiglisnúmer:	Gámanúmer:	Innsiglisnúmer:
Gámanúmer:	Innsiglisnúmer:	Gámanúmer:	Innsiglisnúmer:	Gámanúmer:	Innsiglisnúmer:
Gámanúmer:	Innsiglisnúmer:	Gámanúmer:	Innsiglisnúmer:	Gámanúmer:	Innsiglisnúmer:
Gámanúmer:	Innsiglisnúmer:	Gámanúmer:	Innsiglisnúmer:	Gámanúmer:	Innsiglisnúmer:
Dagsetning útflutnings:	Sendingarnúmer:				

 Dagsetning

 Undirskrift og fyrirtækjastimpill

STAÐFESTING EFTIRLITSMANNS MAST:

 Skv. eftirliti með vöru við hleðslu Skv. skoðun gáms við innsiglu

Stimpill:

 Nafn eftirlitsmanns MAST (í prentstöfum):

 Dagsetning

 Undirskrift