



Ceidwad

Rhaid darparu e-bost y Ceidwad er mwyn derbyn hysbysiadau statws

Enw'r Ceidwad

Cyfeiriad swyddogol ar gyfer y daliad

Cod Post:

Rhif CPH

			/				/				
----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Rhif y fuches

U	K						
---	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

E-bost y Ceidwad

Rhif ffôn symudol y Ceidwad

Practis milfeddygol

Rhaid i e-bost y practis fod yr un fath â'r e-bost sydd wedi'i gofrestru ar borth BVDCymru

Enw'r Practis

Cyfeiriad y Practis

Cod Post:

E-bost y practis (fel y'i cofrestrwyd ar y porth BVD)

Rhif ffôn y Practis

Enw milfeddyg Samplu/Goruchwylio

MRCVS/FRCVS

Enw'r samplwr gwaed cymeradwy (os yw'n berthnasol)

Nifer y grwpiau rheoli

Dyddiad samplu

Cyfanswm nifer y samplau a gyflwynwyd

Llofnod ceidwad/personél awdurdodedig

Enw'r llofnodwr os nad y ceidwad

Llofnod milfeddyg

Drwy lofnodi'r ffurflen hon ar ran eich sefydliad, rydych yn cytuno â Thelerau ac Amodau Llywodraeth Cymru:
Canllawiau Cynllun Dileu Dolor Rhydd Feirysol Buchol (BVD) Cymru
(<https://www.gov.wales/welsh-bovine-viral-diarrhoea-eradication-scheme-guidance>)

