



BEGLEITSCHHEIN

Käsewettbewerb „Bayerische Käseschätze“ 2020

Name des Produkts

VERSANDADRESSE	PROBENUMMER (wird vom Institut vergeben)
muva kempten GmbH - Bayerische Käseschätze - Ignaz-Kiechle-Straße 20-22 87437 Kempten (Allgäu)	
ABSENDER	VERSANDDATUM (vom Betrieb anzugeben)
Name des Betriebs Name des Ansprechpartners Straße, Nr. PLZ, Ort	
	EINGANGSDATUM (vom Institut anzugeben)
KRITERIEN	IHRE ANGABEN
Käsegruppe (bitte Zutreffendes ankreuzen)	<input type="checkbox"/> Weichkäse (Standardsorte nach Käseverordnung) <input type="checkbox"/> Halbfester Schnittkäse (Standardsorte nach Käseverordnung) <input type="checkbox"/> Schnittkäse (Standardsorte nach Käseverordnung) <input type="checkbox"/> Hartkäse (Standardsorte nach Käseverordnung) <input type="checkbox"/> Freie Käsesorte der Gruppe Weichkäse (bitte für freie Käsesorten eine Produktbeschreibung beilegen) <input type="checkbox"/> Freie Käsesorte der Gruppe Halbfester Schnittkäse (bitte für freie Käsesorten eine Produktbeschreibung beilegen) <input type="checkbox"/> Freie Käsesorte der Gruppe Schnittkäse (bitte für freie Käsesorten eine Produktbeschreibung beilegen) <input type="checkbox"/> Freie Käsesorte der Gruppe Hartkäse (bitte für freie Käsesorten eine Produktbeschreibung beilegen)
Käsesorte	
Fettgehaltsstufe	_____ % Fett i. d. Trockenmasse
Herstellungsort	
Verwendete Milch (bitte Zutreffendes ankreuzen) Bei Milchgemischen bitte die %-Anteile angeben	<input type="checkbox"/> Kuhmilch _____% <input type="checkbox"/> Eselmilch _____% <input type="checkbox"/> Ziegenmilch _____% <input type="checkbox"/> Stutenmilch _____% <input type="checkbox"/> Schafmilch _____%
Behandlung der Milch	<input type="checkbox"/> Rohmilch <input type="checkbox"/> Wärmebehandelte Milch
Tag der Herstellung: _____	Alter des Käses: _____ Wochen
Geschmacksgebende Zutaten (z. B. Kräuter, Gewürze, Wein, Bierhefe, ...)	

Datum

Unterschrift