

Tierhalter/Einsender (Anschrift)

Name, Vorname / Betrieb:

Straße, Nr.:

PLZ Ort:

Betriebs-Registriernummer nach ViehVerkV

(Angabe zwingend erforderlich)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1 | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Tierarzt (Anschrift)

Name, Vorname:

Straße, Nr.:

PLZ Ort:

Tierarzt-Registriernummer

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

lfd. Tierkennzeichnung

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 01 | DE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 02 | DE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 03 | DE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 04 | DE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 05 | DE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 06 | DE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 07 | DE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 08 | DE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 09 | DE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | DE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | DE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | DE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | DE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | DE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | DE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | DE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | DE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

OM-Nummer betrifft Kalb

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

| |
|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |

OM-Nummer betrifft Muttertier -nur bei Rundlings-OM-

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

| |
|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |

lfd. Tierkennzeichnung

OM-Nummer betrifft Kalb

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

OM-Nummer betrifft Muttertier

-nur bei Rundlings-OM-
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

18 DE

19 DE

20 DE

21 DE

22 DE

23 DE

24 DE

25 DE

26 DE

27 DE

28 DE

29 DE

30 DE

31 DE

32 DE

33 DE

34 DE

35 DE

36 DE

37 DE

38 DE

39 DE

40 DE

Anzahl Proben:

Datum:

Unterschrift: