



BSE-UNTERSUCHUNGSANTRAG: NORMALSCHLACHTUNG

| LABOR: | | AGES – Institut für Veterinärmedizinische Untersuchungen, Mödling Robert Koch Gasse 17, 2340 Mödling; Tel.: 050555/38525, Fax: 050555/38526 | | |
|---|------------------------|---|------------------------------|------------------|
| Probenziehung am: | | Betriebsnummer u. Ort der Probenahme: | | |
| Untersuchungsart: | Erstuntersuchung | Name: | | |
| Tierart: | Rind | Adresse: | | |
| Anzahl kontrollierter Tiere: | | Bestandsbetrieb (LFBIS-Nr.) bzw. Herkunft (bei IUH): | | |
| | | Name und Adresse: | | |
| Untersuchungsauftrag und Rechtsgrundlage | | | | |
| geboren in BG, RO oder Drittland: | | | | |
| <input type="checkbox"/> Normalschlachtung ab 30 Monate , geb. in BG, RO oder Drittländern (KM Art. 2 Abs. 7) | | | | |
| Gefäß- Nr. | Ohrmarkennummer | Geb.- Datum | Geschlecht M/W/Mk | Sonstiges |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Rechnungsempfänger: | | | | |
| Probennehmer/Einsender (mit Faxnummer/Email-Adresse) Datum, Unterschrift, Stempel | | | | |