

Bestätigung des betreuenden Tierarztes

Name: _____

Adresse: _____

ggf. Tel./Fax/E-Mail: _____

Angaben zum Equiden

Name: _____

Eindeutige Lebensnummer: _____

Transpondernummer: _____

Passnummer: _____

Datum des Verendens/ der Euthanasie: _____

Hiermit bestätige ich, dass der Equide zum Zeitpunkt seiner Euthanasie / bei der Untersuchung des o.g. verendeten Equiden keine Anzeichen einer anzeigepflichtigen Tierseuche gezeigt hat / festgestellt wurde.

Die o.g. Identität des Equiden wurde von mir überprüft und wird hiermit bestätigt.

Datum der Euthanasie /
Untersuchung

Unterschrift und Praxisstempel des Tierarztes