

An das

**CVUA Westfalen**

Standort Arnsberg

Tel. 0234 / 957194-0  
Fax. 0234 / 957194-290

**TSE**

Zuständiges Veterinäramt	
Telefon	Telefax
	E-Mail

Entnahmedatum	<input type="checkbox"/> Schlachtung	<input type="checkbox"/> TBA
Schlachtstätte (vollständige Adresse) / TBA		
Betriebsregistrierungsnummer	Fax Nr./ E-Mail	

lfd Nr.	Tierart Rd/Schf/Zg	Schlacht-Nr.	OM-Nr.	Geburtsdatum (Rd)	Altersangabe(Schf/Zg)	
					18-47 Mon	>=48 Mon
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
<input type="checkbox"/>	Tierdaten siehe Anlage Gesamtseiten: _____					
Probenzahl gesamt			Unterschrift des Probennehmers		Name in Druckbuchstaben	

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die Datenschutzerklärung auf der Homepage des o.a. CVUA zur Kenntnis genommen zu haben.

FAX-Übermittlung am: \_\_\_\_\_