

# Anlieferungsbogen für die Eigenleistungsprüfung von Fleischrindern in Eickelborn

Station Eickelborn, Tel. 02945/989352, Fax 02945/989353

LZ Haus Düsse, Tel. 02945/989150, Fax 02945/989133

Internet: www.duesse.de

**Fett eingerahmte Felder bitte vollständig ausfüllen!**

<b>Rasse</b>					Anlieferungsdatum					
<b>Name, Vorn.</b>					Tierpass			<b>ja</b>	<b>nein</b>	
<b>Straße</b>					BHV-1 Untersuchungszeugnis			<b>ja</b>	<b>nein</b>	
<b>PLZ/Wohnort</b>					Amtstierärztliche Besch. BHV-1-Status			<b>ja</b>	<b>nein</b>	
<b>Bundesland</b>					<b>Versicherung Tod/Nott. durch FHB</b>			<b>ja</b>	<b>nein</b>	
<b>Telefon</b>					<b>falls nein: Risiko auf eigene Gefahr</b>					
<b>Tel. mobil</b>										
<b>Fax</b>					<b>Datum 1. Grippe-Sch.-Impfung /Impfstoff</b>					
					<b>Datum 2. Grippe-Sch.-Impfung /Impfstoff</b>					
<b>Ohrmarke</b>	<b>Geburts-</b>	<b>Geburts-</b>	<b>Horn-</b>	<b>Vater</b>		<b>Mutter</b>		<b>Anlief.-</b>	<b>Stall-</b>	<b>Um-</b>
<b>DE-Nummer</b>	<b>Datum</b>	<b>Gewicht</b>	<b>Status</b>	<b>HB.-Nr.</b>	<b>Name</b>	<b>HB.-Nr.</b>	<b>Bewert.</b>	<b>Gewicht</b>	<b>Nr.</b>	<b>stall.</b>
<b>Die Anlieferungsbedingungen sind mir bekannt und erfüllt. Datum:</b>								<b>Unterschr.:</b>		