Bitte das Formular vollständig ausgefüllt 48 Stunden werktags vor dem Tiertransport bzw. vor der Abfertigung an das für Sie zuständige Veterinäramt mailen oder faxen

Innergemeinschaftlicher Tiertransport - Schafe / Ziegen

| Verladedatum: | | | Fax-Nr. Vet-Amt Kleve: 02821-85558 Fax-Nr. Vet-Amt Geldern: 02831-391860 e-mail: traces@kreis-kleve.de | | | |
|--------------------|-------------|--------------------------|--|-------------|-------------------|-------------|
| 1) Beschrei | bung der | Sendung | | | | |
| Schafe: | | | | (ankreuzen) | | |
| Ziegen: | | Masttiere: | | (ankreuzen) | | |
| | | Zuchttiere | | (ankreuzen) | | |
| Geschlecht: Rasse: | | sse: | Alter: | Anzahl: | Ohrmarkennummern: | |
| männlich: | | | | | | |
| weiblich: | | | | | | |
| kastriert: | | | | | | |
| Gesamtzahl vo | h: | Gesamtza | hl endgültig: | | | |
| 2) Absender | | Ihre Telef | onnumm | er: | | |
| Name: | | | | | | |
| Anschrift: | | | | | | |
| PLZ und Ort: | | | | | | |
| Zulassungsnr: | | | | | | |
| 3) Transpor | rtunterneh | n <mark>men</mark> (ggf. |) und Tra | nsportdater | | |
| Name: | | | | | | |
| Anschrift: | | | | | | |
| PLZ und Ort: | | | | | | |
| Zulassungsnr: | | | | | | |
| Beginn Verladung: | | | | | (geschätz | <u>'</u> t) |
| Abfahrtszeit: | | | | (geschätz | <u>'</u> t) | |
| Kennzeichen 1: | | | | | | |
| Kennzeichen 2: | | | | | | |
| 4) Empfäng | er | | | | | |
| Name: | | | | | | |
| Anschrift: | | | | | | |
| Р | LZ und Ort: | | | | | |
| Zu | lassungsnr: | | | | | |