Zum Bearbeiten bitte in die Felder klicken!

**Anmeldung zur Ausstellung einer Gesundheitsbescheinigung für das innergemeinschaftliche Verbringen oder den Export von Tieren**

An: Landkreis Cloppenburg Fax: 04471-15 430, E-Mail: veterinaeramt@lkclp.de

| | |
|---|---|
| Versender (vollständige Adresse): | Registriernummer: |
| Empfänger (vollständige Adresse): | Registriernummer: |
| Bestimmungsbetrieb (falls abweichend von Empfänger): | Registriernummer: |
| Verladeort (vollständige Adresse): | Ggf. Registriernummer: |
| Datum und Uhrzeit der Verladung: | Geplante Abfahrtszeit: |
| Transportunternehmer(vollständige Adresse) : | Registriernummer: |

| Tierart: Anzahl: | Tierart: Anzahl: | Tierart: Anzahl: |
|---|---|---|
| ☐ Schlachtschweine: _____ | ☐ Schlachtrinder: _____ | ☐ Pferde/Schafe_____ → **Anlage beachten!** |
| ☐ Nutz/Zuchtschweine: _____ | ☐ Nutz-/Zuchtrinder:_____ | ☐ Geflügel _____ |

| | |
|---|---|
| Herkunft der Tiere<br>1. | Registriernummern<br>1. |
| 2. | 2. |
| Kennzeichnung der Tiere (Ohrmarke, Schlagstempel,<br>bei Pferden: Equidenpassnummer, Rasse, Alter, Geschlecht) | Durchschnittl. Lebendgew.<br>(bei Rindern, Schweinen u. Schafen) |
| Angaben zum Transportfahrzeug:<br><br>Zugmaschine - Kennzeichen: _____<br><br>Anhänger - Kennzeichen: _____<br><br>Name des Fahrers: | <br><br>Ladefläche: _____m²<br><br>Ladefläche: _____m² |

Fahrtenbuch gem. VO (EG) Nr. 1/2005 für grenzüberschreitende Transporte über 8 Stunden Dauer

☐ erforderlich ☐ ist angefügt ☐ entfällt

Tel.-Nr. für evtl. Rückfragen und Terminabstimmung: _____

_____ Ort, Datum

Unterschrift nicht vergessen!

_____ Unterschrift

**Anmeldung zur Ausstellung einer Gesundheitsbescheinigung für das innergemeinschaftliche Verbringen oder den Export von Tieren**

An: Landkreis Cloppenburg Fax: 04471-15 430, E-Mail: veterinaeramt@lkclp.de

## Anlage für Pferdeexporte

| Equidenpassnummer/ Name | Alter | Geschlecht | TRACES für 30 Tage |
|---|---|---|---|
| | | | ☐ |
| | | | ☐ |
| | | | ☐ |
| | | | ☐ |
| | | | ☐ |
| | | | ☐ |
| | | | ☐ |
| | | | ☐ |
| | | | ☐ |
| | | | ☐ |