

Pferdekremierung Bestätigung Tierarzt/Tierärztin

Bestätigung des Tierarztes/Tierärztin (wird vom Tierarzt/Tierärztin ausgefüllt):

Name: _____

Adresse: _____

Telefonnummer/Fax/E-Mail: _____

UELN/Eindeutige Lebensnummer: _____

Hiermit bestätige ich, dass der o.a. tote Equide keine Anzeichen einer gelisteten Tierseuche gezeigt hat. Die o.g. Identität des Equiden wurde von mir überprüft und wird hiermit bestätigt.

Datum der
Euthanasie / Untersuchung

Unterschrift und Praxisstempel des
Tierarztes/Tierärztin