



Diesem Schreiben muss IMMER beigelegt werden:

- Bestätigung der Überprüfung eines Equiden zur Registrierung (siehe beiliegendes Formular)
- Traces (Begleitdokument)

**Anfrage zur Registrierung eines Equidenpasses (Pferd, Esel, Maultier)
DM vom 30/09/2021**

Cod. Pratica _____

Der/Die Unterfertigte:

Datum ____/____/____

Tierbesitzer/in:													
Vorname / Zuname:													
Adresse:							Geburtsdatum/Ort:						
Gemeinde:							Tel:						
E-Mail-Adresse:													
Steuernummer:							MwSt.:						

Haltungsbetrieb:													
Steuernummer/MwSt. des Hofbesitzer/Tierhalters in der BDN (obligatorisch)::													
Adresse/Hofname:							Gemeinde:						
Höfekarteinummer: _____ BZ _____ (obligatorisch)							Tel:						

beantragt laut DM vom 30/09/2021 die Registrierung des Passes sowie die Eintragung in die BDN folgenden Tieres:

Name	Färbung	Geb-Dat / /	Geschlecht	M	W
TIERART: Pferd <input type="checkbox"/> Esel <input type="checkbox"/> Maultier <input type="checkbox"/> Andere <input type="checkbox"/> _____					
Art des Passes: <input type="checkbox"/> ASL <input type="checkbox"/> FISE <input type="checkbox"/> AUSLAND <input type="checkbox"/> FITETREC					
CHIPNR: _____					
Ausgestellt am: ____/____/____					
PASSNR: _____					
DPA / NON DPA – Zum menschlichen Verzehr freigegeben: <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN					

Datum ____/____/____ **Unterschrift Tierbesitzer/in** _____

Der Vereinigung vorbehalten

Datum ____/____/____ **Unterschrift des/der Beauftragten** _____

Il Sottoscritto dichiara di aver letto l'informativa al trattamento dei dati personali presso l'Associazione Allevatori e di acconsentire al trattamento dei dati personali per le finalità nella stessa indicate.



Anfrage zur Registrierung eines Equidenpasses (Pferd, Esel, Maultier)

DM vom 30/09/2021

Der/Die Unterfertigte: _____

Name	Färbung	Geb-Dat / /	Geschlecht	M	W
TIERART: Pferd <input type="checkbox"/> Esel <input type="checkbox"/> Maultier <input type="checkbox"/> Andere <input type="checkbox"/> _____					
Art des Passes: <input type="checkbox"/> ASL <input type="checkbox"/> FISE <input type="checkbox"/> AUSLAND <input type="checkbox"/> FITETREC					
CHIPNR: _____					
Ausgestellt am: ____/____/_____					
PASSNR: _____					
DPA / NON DPA – Zum menschlichen Verzehr freigegeben: JA NEIN					

Name	Färbung	Geb-Dat / /	Geschlecht	M	W
TIERART: Pferd <input type="checkbox"/> Esel <input type="checkbox"/> Maultier <input type="checkbox"/> Andere <input type="checkbox"/> _____					
Art des Passes: <input type="checkbox"/> ASL <input type="checkbox"/> FISE <input type="checkbox"/> AUSLAND <input type="checkbox"/> FITETREC					
CHIPNR: _____					
Ausgestellt am: ____/____/_____					
PASSNR: _____					
DPA / NON DPA – Zum menschlichen Verzehr freigegeben: JA NEIN					

Name	Färbung	Geb-Dat / /	Geschlecht	M	W
TIERART: Pferd <input type="checkbox"/> Esel <input type="checkbox"/> Maultier <input type="checkbox"/> Andere <input type="checkbox"/> _____					
Art des Passes: <input type="checkbox"/> ASL <input type="checkbox"/> FISE <input type="checkbox"/> AUSLAND <input type="checkbox"/> FITETREC					
CHIPNR: _____					
Ausgestellt am: ____/____/_____					
PASSNR: _____					
DPA / NON DPA – Zum menschlichen Verzehr freigegeben: JA NEIN					

Datum ____/____/_____

Unterschrift Tierbesitzer/in _____

Il Sottoscritto dichiara di aver letto l'informativa al trattamento dei dati personali presso l'Associazione Allevatori e di acconsentire al trattamento dei dati personali per le finalità nella stessa indicate.



Bestätigung der Überprüfung eines Equiden zur Registrierung

Datum ____/____/____

Der/Die Unterfertigte (Tierarzt)

Name: _____
<i>Eintragung in das Berufsverzeichnis der Tierärzte:</i>
Nummer : _____ Datum: ____/____/____ Provinz: _____

bestätigt, dass das Tier

Name	Färbung	Geb-Dat ____/____/____	Geschlecht:	M	W
TIERART: Pferd <input type="checkbox"/> Esel <input type="checkbox"/> Maultier <input type="checkbox"/> Andere <input type="checkbox"/> _____					
Art des Passes: <input type="checkbox"/> ASL <input type="checkbox"/> FISE <input type="checkbox"/> AUSLAND <input type="checkbox"/> FITETREC					
CHIPNR: _____ PASSNR: _____					
TIERBESITZER/IN: _____					

mit den von mir überprüften Equiden übereinstimmt! Die Kontrolle wurde mittels Ablesen des Mikrochips durchgeführt.

Datum ____/____/____ Unterschrift/Stempel des Tierarztes: _____

Bemerkungen: _____

Il Sottoscritto dichiara di aver letto l'informativa al trattamento dei dati personali presso l'Associazione Allevatori e di acconsentire al trattamento dei dati personali per le finalità nella stessa indicate.

[Hier eingeben]