

Bestätigung der Überprüfung eines Equiden zur Registrierung

Prot.-Nr. _____

Datum ____/____/____

Der/Die Unterfertigte

(Tierarzt): DR. _____

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: _____

In Sinne des Gesetzes 675/1996 des Gesetzesvertretenden Dekrets Nr. 196/2003 informiert die AIA, dass die oben angegebenen Daten ausschließlich für institutionelle Tätigkeiten im Bereich der Pferdekennzeichnung verwendet werden. Weitergegeben werden diese Daten nur an Einrichtungen der öffentlichen Verwaltung sowie an Private, die mit funktionellen Tätigkeiten sowie der Durchführung der Pferdekennzeichnung betraut sind.

