

Untersuchungsauftrag - Trächtigkeitstest

Herkunftsbetrieb

Betriebsregistriernummer (HIT-Nummer) _____

Name, Vorname _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Telefon-Nr. _____

E-Mail-Adresse _____

Anschrift Einsender/Haustierarzt (Stempel):

Entnahmedatum: . .

Tag Monat Jahr

Probenmaterial: Blut Milch

Tierart (bitte ankreuzen)

Rind Schaf

Büffel/Wasserbüffel Ziege

| lfd. Nr. | Ohrmarke/Kennzeichnung | Barcode-Doublette |
|----------|------------------------|-------------------|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |
| 6 | | |
| 7 | | |
| 8 | | |

| lfd. Nr. | Ohrmarke/Kennzeichnung | Barcode-Doublette |
|----------|------------------------|-------------------|
| 9 | | |
| 10 | | |
| 11 | | |
| 12 | | |
| 13 | | |
| 14 | | |
| 15 | | |
| 16 | | |

Ergebnis an: Besitzer Tierarzt sonstige: _____
 Brief E-Mail Brief E-Mail Brief E-Mail

Rechnung an: Besitzer Tierarzt sonstige: _____

Wir bitten um die Angabe einer vollständigen und aktuellen Rechnungsanschrift.
Wir behalten wir uns vor, bei Unstimmigkeiten die Untersuchungsgebühren der einsendenden Praxis in Rechnung zu stellen.

Es gelten die AGB der LUFA Nord-West (siehe Internet: www.lufa-nord-west.de).

Den vollständigen Akkreditierungsumfang entnehmen Sie bitte unserer Urkundenanlage D-PL-14165-01-00 in Verbindung mit der „Liste aller Prüfverfahren im Akkreditierungsbereich“ auf unserer Homepage.

Die LUFA Nord-West ist ein Unternehmen der LWK Niedersachsen.

Ort _____ Datum _____ Unterschrift _____