|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **Laboradresse** *(Address)***:**  Eurovir® Hygiene-Labor GmbH  Im Biotechnologiepark 9 (TGZ 1)  D-14943 Luckenwalde / Germany | | | | | | | **Kontakt** *(Contact)***:**  Tel.: +49 (0) 3371 403 7676  Fax: +49 (0) 3371 403 7678  E-Mail: sachs@eurovir.de | |
|  | Autorisiertes Labor nach EG 576/2013  *(EU approved laboratory)* |
| **Antrag auf Untersuchung der Tollwut-Immunität von Tieren (EG 576/2013)** *(Submission form for Rabies virus neutralizing antibody testing in animals (EG 576/2013)* | | | | | | | | | | |
| Erstimport /  Wiedereinreise in die EU  *(First import / re-entry into the EU)* | | | | in ein anderes Land:  z.B. Japan, Australien, Neuseeland *(to other country)* | | | | | | |
| **Bitte verwenden Sie nur diesen Einsendeschein und füllen sie ihn vollständig aus.** *(Please, use this form only. In accordance with the regulation, submission form have to be filled in completely.)* | | | | | | | | | | |
| **Einsender / Tierarzt (Stempel)** *(Sender / Veterinarian [Stamp])*: | | | | | | Befund vorab per Fax  *(Test result by FAX also)*  Befund vorab per E-Mail  *(Test result by e-mail* *also)*  Befund an Besitzer  *(Test result to pet owner)* | | | | |
| **Rechnung an:**  Einsender / Tierarzt oder  Besitzer  *Nur gültig in Deutschland und nur mit Unterschrift des Besitzers (in Germany only)* Unterschrift Besitzer | | | | | | | | | | |
| **Besitzer** *(Pet owner)***:**  **Name/Vorname:**  *(Name/First name)*  **PLZ/Ort:**  *(Postal code/Town)* | | | | | **Strasse:**  *(Street)*  **Land:**  *(Country)* | | | | | |
| **Tier** *(Animal)***:**  Hund *(Dog)*  Katze *(Cat)*    (andere Spezies - bitte angeben) *(other species - please specify)* | | | **Name** *(Name)***:**    **Geburtsdatum** *(Date of birth)***:** | | | | | **Datum der Blutentnahme:**  *(Date of blood sampling)* | | |
| **Geschlecht:**  *(Sex)* | | %*(m)* &*(f)* |
| **Transponder Nummer****/ Tätowierung**  *(Transponder (Number)***:** */ Tattooing)***:** | | | | | **Datum der Implantation:**  *(Date of implantation)* | | | | | |
| **Angaben zur Tollwutimpfung** *(History of rabies vaccination)***:** | | | | | | | | | | |
| **Impfstoff:**  *(Vaccine)* | | **Chargennummer:**  *(Batch number)* | | | | | **Datum der Impfung:**  *(Date of vaccination)* | | | |
| **Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der oben gemachten** **Angaben**  *(Hereby, I confirm the correctness of the details given above)*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Datum und Unterschrift der Tierärztin / des Tierarztes** *(Date and signature of the veterinarian)* | | | | | | | | | | |
| Es wird darauf hingewiesen, dass ihre personenbezogenen Daten ausschließlich für die Auftragsabwicklung und für Abrechnungszwecke erfasst, gespeichert und verarbeitet werden. *(Please note that your personal data will be collected, stored and processed exclusively for order processing and billing purposes.)* | | | | | | | | | | |

KD\_TW\_10-07\_Einsendeschein Tier\_09-2018