|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Laboradresse** *(Address)***:**Eurovir® Hygiene-Labor GmbHIm Biotechnologiepark 9 (TGZ 1)D-14943 Luckenwalde / Germany | **Kontakt** *(Contact)***:**Tel.: +49 (0) 3371 403 7676Fax: +49 (0) 3371 403 7678E-Mail: sachs@eurovir.de |
|  | Autorisiertes Labornach 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