Geschäftsstelle:
1. Stock West,
Hypogasse 1,3100 St. Pölten
Tel. 02782/84109 Telefax 02782/81035
E-Mail: office@noe-tgd.at
Homepage: www.noe-tgd.at

Bekanntgabe des TGD-Arzneimittelanwenders

gem. § 9 Abs. 3 Z 3 TGD-VO 2009

Dieses Formular ist im Behandlungsregister abzulegen.

Der TGD-Arzneimittelanwender

_____ _____
Nachname Vorname

_____
Geburtsdatum

☐ vertraglich beschäftigt
☐ angestellt
☐ familienangehörig

ist in der Zeit von _____ **bis** _____

am TGD-Betrieb

LFBIS-Nr.: ☐☐☐☐☐☐☐

TGD-Tierhalter: _____

Betriebsadresse: _____

Name des TGD-Betreuungstierarztes: _____

Vet-Nr.: ☐☐☐☐☐

als TGD-Arzneimittelanwender tätig.

Die Bestimmungen für Betreuungspersonen im Sinne des § 14 TSchG und die Ausbildungserfordernisse gem. Anhang 4 Art. 1 Z 1 TGD-VO 2009 sind erfüllt.

_____ _____
Unterschrift TGD-Tierhalter Unterschrift TGD-Arzneimittelanwender

_____
Unterschrift TGD-Betreuungstierarzt