Name

Straße

PLZ, Wohnort

Telefon

**Landesamt für Landwirtschaft, Fax-Nr.:** 0385-588-61073

**Lebensmittelsicherheit und Fischerei Mail**:arzneimittelueberwachung@lallf.mvnet.de

**Mecklenburg-Vorpommern**

**Postfach 10 20 64**

**18003 Rostock**

**Anzeige gemäß § 79 Abs. 1 Tierarzneimittelgesetz**

Hiermit zeige ich/ zeigen wir\* an, dass ich/ wir\* seit/ ab\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Verantwortliche Person, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail)

folgende Tätigkeit ausübe/ n, ohne Tierarzt/Tierärztin\* zu sein:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In diesem Zusammenhang bewahre ich Arzneimittel in meinen Betriebsräumen auf und

wende sie auch an Tieren an, die sich nicht in meinem Besitz befinden.

Ich lagere freiverkäufliche, zugelassene Tierarzneimittel und stelle sie auf dem Markt

bereit. Einen Nachweis über die gemäß § 45 Abs. 8 Tierarzneimittelgesetz dafür

erforderliche Sachkenntnis füge ich als Anlage bei.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ort, Datum) (Unterschrift/Unterschriften)

\*Nicht Zutreffendes bitte streichen!