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!