

<b>TRANSPORTANMELDUNG Geflügel</b> Notwendige Angaben für Traces-Meldungen  Bitte per <b>Fax</b> an <b>Kreis Wesel, 0281 / 207 - 7800</b> Fachbereich Veterinär- und Lebensmittelwesen		
--	--	---

<input type="checkbox"/> <b>Schlachtgeflügel</b>	<b>(Schlachttag:)</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nutzgeflügel</b>
--	-----------------------	--

1. Absender – Rechnungsanschrift:	2. Versandort – Standort (falls von 1. abweichend)
Name, Vorname	Name, Vorname
Straße und Hausnummer	Straße und Hausnummer
PLZ und Ort	PLZ und Ort
Registriernummer	Registriernummer
Telefonnummer /Handy-Nr./– Fax-Nummer	Telefonnummer /Handy-Nr. /-Fax-Nummer

3. Empfänger (Bestimmungsort):	4. Transportunternehmen:
<input type="checkbox"/> Storteboom, Voorthuizerstraat 148, NL 3881 SL Putten	
<input type="checkbox"/> Storteboom, Provincialeweg 70, NL 9864 PG Kornhorn	Name, Vorname
<input type="checkbox"/> GPS Gecombineerde Pluimvee Slachterijen BV, Oostei- nderweg 104, NL 8072 Nunspeet	Straße und Hausnummer
<input type="checkbox"/> C van Miert BV, Keulschevaart 16, NL 3621 Breukelen Ut	
<input type="checkbox"/> Lintor, Industrielaan 7A, BE 2250 Olen	PLZ und Ort
<input type="checkbox"/> van der Linden Poultry Products B.V., Meyselseweg 13, NL 5986 Beringe	Zulassungsnummer
<input type="checkbox"/> Micki Hunsel B.V., Swillerweg 5, NL 6013 Hunsel	
<input type="checkbox"/>	

**Transportdatum mit Abfahrtszeit und voraussichtlicher Transportdauer**  
 Datum: \_\_\_\_\_ Abfahrtszeit: \_\_\_\_\_ vorauss. Transportdauer: \_\_\_\_\_

Anzahl Tiere: _____ Kfz.-Kennz.: _____	Anzahl Tiere: _____ Kfz.-Kennz.: _____
Anzahl Tiere: _____ Kfz.-Kennz.: _____	Anzahl Tiere: _____ Kfz.-Kennz.: _____
Anzahl Tiere: _____ Kfz.-Kennz.: _____	Anzahl Tiere: _____ Kfz.-Kennz.: _____

**Angaben zu den Tieren:**

Geflügelart:  Huhn                       Pute                       Ente  
 Kategorie:  Schlachttiere             Junghennen             Eintagsküken  
 Sortenname:  Cobb                       Ross 308               Sonstige:

Einstalldatum: \_\_\_\_\_ (Tag/Monat/Jahr)

**alle ND Impfungen:**

Datum	Impfstoff/Name	ND-Stamm (Hitchner, La Sota...)	inaktiviert oder lebend

Salmonellenuntersuchungen		
Datum		
	<input type="checkbox"/>	negativ
	<input type="checkbox"/>	positiv

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift