

Teil B Rinderhaltung

Unternehmen:

➔ QS-ID: (wird vom Bündler ausgefüllt)

1. Standort:

- Standortbezeichnung:
- Standortnummer (VVVO-Nr.): 276 _ _ _ _ _
- Straße/ Nr.:
- PLZ/ Ort:
- Produktionsarten:
 - Rindermast _____ Tierplätze
 - Kälbermast _____ Tierplätze
 - Fresser-/Kälberaufzucht _____ Tierplätze
 - Milchviehhaltung und Kälberaufzucht _____ Tierplätze
 - Mutter-/Ammenkuhhaltung mit Kälbern _____ Tierplätze
- Gesamt** _____ **Tierplätze**
- Futtermittelbezug:
 - Selbstmischer
 - Zukäufer
- Betreuender Tierarzt: Tierarzt-ID:
- Krisenbeauftragter: Tel.:
- Teilnahme am QS-Antibiotikamonitoring (für Rindermast verpflichtend!)
 - Ja Nein

2. Standort:

- Standortbezeichnung:
- Standortnummer (VVVO-Nr.): 276 _ _ _ _ _
- Straße/ Nr.:
- PLZ/ Ort:
- Produktionsarten:
 - Rindermast _____ Tierplätze
 - Kälbermast _____ Tierplätze
 - Fresser-/Kälberaufzucht _____ Tierplätze
 - Milchviehhaltung und Kälberaufzucht _____ Tierplätze
 - Mutter-/Ammenkuhhaltung mit Kälbern _____ Tierplätze
- Gesamt** _____ **Tierplätze**
- Futtermittelbezug:
 - Selbstmischer
 - Zukäufer
- Betreuender Tierarzt: Tierarzt-ID:
- Krisenbeauftragter: Tel.:
- Teilnahme am QS-Antibiotikamonitoring (für Rindermast verpflichtend!)
 - Ja Nein

Ort, Datum _____ Unterschrift _____
gesetzlicher Vertreter (Landwirt / Tierhalter)

3. Standort:

- Standortbezeichnung:
- Standortnummer (VVVO-Nr.): 276 _ _ _ _ _
- Straße/ Nr.:
- PLZ/ Ort:
- Produktionsarten:

<input type="checkbox"/> Rindermast	_____	Tierplätze
<input type="checkbox"/> Kälbermast	_____	Tierplätze
<input type="checkbox"/> Fresser-/Kälberaufzucht	_____	Tierplätze
<input type="checkbox"/> Milchviehhaltung und Kälberaufzucht	_____	Tierplätze
<input type="checkbox"/> Mutter-/Ammenkuhhaltung mit Kälbern	_____	Tierplätze
Gesamt	_____	Tierplätze
- Futtermittelbezug:
 - Selbstmischer
 - Zukäufer
- Betreuender Tierarzt: Tierarzt-ID:
- Krisenbeauftragter: Tel.:
- Teilnahme am QS-Antibiotikamonitoring (für Rindermast verpflichtend!)
 - Ja Nein

4. Standort:

- Standortbezeichnung:
- Standortnummer (VVVO-Nr.): 276 _ _ _ _ _
- Straße/ Nr.:
- PLZ/ Ort:
- Produktionsarten:

<input type="checkbox"/> Rindermast	_____	Tierplätze
<input type="checkbox"/> Kälbermast	_____	Tierplätze
<input type="checkbox"/> Fresser-/Kälberaufzucht	_____	Tierplätze
<input type="checkbox"/> Milchviehhaltung und Kälberaufzucht	_____	Tierplätze
<input type="checkbox"/> Mutter-/Ammenkuhhaltung mit Kälbern	_____	Tierplätze
Gesamt	_____	Tierplätze
- Futtermittelbezug:
 - Selbstmischer
 - Zukäufer
- Betreuender Tierarzt: Tierarzt-ID:
- Krisenbeauftragter: Tel.:
- Teilnahme am QS-Antibiotikamonitoring (für Rindermast verpflichtend!)
 - Ja Nein

Ort, Datum _____ Unterschrift _____
gesetzlicher Vertreter (Landwirt / Tierhalter)

5. Standort:

- Standortbezeichnung:
- Standortnummer (VVVO-Nr.): 276 _ _ _ _ _
- Straße/ Nr.:
- PLZ/ Ort:
- Produktionsarten:
 - Rindermast _____ Tierplätze
 - Kälbermast _____ Tierplätze
 - Fresser-/Kälberaufzucht _____ Tierplätze
 - Milchviehhaltung und Kälberaufzucht _____ Tierplätze
 - Mutter-/Ammenkuhhaltung mit Kälbern _____ Tierplätze
- Gesamt** _____ **Tierplätze**
- Futtermittelbezug:
 - Selbstmischer
 - Zukäufer
- Betreuender Tierarzt: Tierarzt-ID:
- Krisenbeauftragter: Tel.:
- Teilnahme am QS-Antibiotikamonitoring (für Rindermast verpflichtend!)
 - Ja Nein

6. Standort:

- Standortbezeichnung:
- Standortnummer (VVVO-Nr.): 276 _ _ _ _ _
- Straße/ Nr.:
- PLZ/ Ort:
- Produktionsarten:
 - Rindermast _____ Tierplätze
 - Kälbermast _____ Tierplätze
 - Fresser-/Kälberaufzucht _____ Tierplätze
 - Milchviehhaltung und Kälberaufzucht _____ Tierplätze
 - Mutter-/Ammenkuhhaltung mit Kälbern _____ Tierplätze
- Gesamt** _____ **Tierplätze**
- Futtermittelbezug:
 - Selbstmischer
 - Zukäufer
- Betreuender Tierarzt: Tierarzt-ID:
- Krisenbeauftragter: Tel.:
- Teilnahme am QS-Antibiotikamonitoring (für Rindermast verpflichtend!)
 - Ja Nein

Ort, Datum _____ Unterschrift _____
gesetzlicher Vertreter (Landwirt / Tierhalter)