

## Teil C Schweinehaltung

Unternehmen: .....

➔ QS-ID: .....(wird vom Bündler ausgefüllt)

### 1. Standort:

- Standortbezeichnung: .....
  - Standortnummer (VVVO-Nr.): 276 \_ \_ \_ \_ \_
  - Straße/ Nr.: .....
  - PLZ/ Ort: .....
  - Produktionsarten:
    - Schweinemast \_\_\_\_\_ Tierplätze
      - Anzahl jährlich produzierter Tiere ca. \_\_\_\_\_
      - Produktionsweise:  kontinuierlich  rein/raus
    - Jungsauen- / Eberaufzucht \_\_\_\_\_ Tierplätze
    - Sauenhaltung und Ferkel bis zum Absetzen \_\_\_\_\_ Tierplätze
    - Ferkelaufzucht \_\_\_\_\_ Tierplätze
- Gesamt** \_\_\_\_\_ **Tierplätze**
- Futtermittelbezug:
    - Selbstmischer
    - Zukäufer
  - Betreuender Tierarzt: ..... Tierarzt-ID: .....
  - Krisenbeauftragter: ..... Tel.: .....

### 2. Standort:

- Standortbezeichnung: .....
  - Standortnummer (VVVO-Nr.): 276 \_ \_ \_ \_ \_
  - Straße/ Nr.: .....
  - PLZ/ Ort: .....
  - Produktionsarten:
    - Schweinemast \_\_\_\_\_ Tierplätze
      - Anzahl jährlich produzierter Tiere ca. \_\_\_\_\_
      - Produktionsweise:  kontinuierlich  rein/raus
    - Jungsauen- / Eberaufzucht \_\_\_\_\_ Tierplätze
    - Sauenhaltung und Ferkel bis zum Absetzen \_\_\_\_\_ Tierplätze
    - Ferkelaufzucht \_\_\_\_\_ Tierplätze
- Gesamt** \_\_\_\_\_ **Tierplätze**
- Futtermittelbezug:
    - Selbstmischer
    - Zukäufer
  - Betreuender Tierarzt: ..... Tierarzt-ID: .....
  - Krisenbeauftragter: ..... Tel.: .....

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_  
gesetzlicher Vertreter (Landwirt / Tierhalter)

**3. Standort:**

- Standortbezeichnung: .....
  - Standortnummer (VVVO-Nr.): 276 \_ \_ \_ \_ \_
  - Straße/ Nr.: .....
  - PLZ/ Ort: .....
  - Produktionsarten:
    - Schweinemast \_\_\_\_\_ Tierplätze
      - Anzahl jährlich produzierter Tiere ca. \_\_\_\_\_
      - Produktionsweise:  kontinuierlich  rein/raus
    - Jungsauen- / Eberaufzucht \_\_\_\_\_ Tierplätze
    - Sauenhaltung und Ferkel bis zum Absetzen \_\_\_\_\_ Tierplätze
    - Ferkelaufzucht \_\_\_\_\_ Tierplätze
- Gesamt** \_\_\_\_\_ **Tierplätze**
- Futtermittelbezug:
    - Selbstmischer
    - Zukäufer
  - Betreuender Tierarzt: ..... Tierarzt-ID: .....
  - Krisenbeauftragter: ..... Tel.: .....

**4. Standort:**

- Standortbezeichnung: .....
  - Standortnummer (VVVO-Nr.): 276 \_ \_ \_ \_ \_
  - Straße/ Nr.: .....
  - PLZ/ Ort: .....
  - Produktionsarten:
    - Schweinemast \_\_\_\_\_ Tierplätze
      - Anzahl jährlich produzierter Tiere ca. \_\_\_\_\_
      - Produktionsweise:  kontinuierlich  rein/raus
    - Jungsauen- / Eberaufzucht \_\_\_\_\_ Tierplätze
    - Sauenhaltung und Ferkel bis zum Absetzen \_\_\_\_\_ Tierplätze
    - Ferkelaufzucht \_\_\_\_\_ Tierplätze
- Gesamt** \_\_\_\_\_ **Tierplätze**
- Futtermittelbezug:
    - Selbstmischer
    - Zukäufer
  - Betreuender Tierarzt: ..... Tierarzt-ID: .....
  - Krisenbeauftragter: ..... Tel.: .....

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_  
gesetzlicher Vertreter (Landwirt / Tierhalter)

**5. Standort:**

- Standortbezeichnung: .....
- Standortnummer (VVVO-Nr.): 276 \_ \_ \_ \_ \_
- Straße/ Nr.: .....
- PLZ/ Ort: .....
- Produktionsarten:
  - Schweinemast \_\_\_\_\_ Tierplätze
    - Anzahl jährlich produzierter Tiere ca. \_\_\_\_\_
    - Produktionsweise:  kontinuierlich  rein/raus
  - Jungsauen- / Eberaufzucht \_\_\_\_\_ Tierplätze
  - Sauenhaltung und Ferkel bis zum Absetzen \_\_\_\_\_ Tierplätze
  - Ferkelaufzucht \_\_\_\_\_ Tierplätze
- Gesamt** \_\_\_\_\_ **Tierplätze**
- Futtermittelbezug:
  - Selbstmischer
  - Zukäufer
- Betreuender Tierarzt: ..... Tierarzt-ID: .....
- Krisenbeauftragter: ..... Tel.: .....

**6. Standort:**

- Standortbezeichnung: .....
- Standortnummer (VVVO-Nr.): 276 \_ \_ \_ \_ \_
- Straße/ Nr.: .....
- PLZ/ Ort: .....
- Produktionsarten:
  - Schweinemast \_\_\_\_\_ Tierplätze
    - Anzahl jährlich produzierter Tiere ca. \_\_\_\_\_
    - Produktionsweise:  kontinuierlich  rein/raus
  - Jungsauen- / Eberaufzucht \_\_\_\_\_ Tierplätze
  - Sauenhaltung und Ferkel bis zum Absetzen \_\_\_\_\_ Tierplätze
  - Ferkelaufzucht \_\_\_\_\_ Tierplätze
- Gesamt** \_\_\_\_\_ **Tierplätze**
- Futtermittelbezug:
  - Selbstmischer
  - Zukäufer
- Betreuender Tierarzt: ..... Tierarzt-ID: .....
- Krisenbeauftragter: ..... Tel.: .....

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_  
 gesetzlicher Vertreter (Landwirt / Tierhalter)