

Amtliche Bescheinigung

im Falle einer Notschlachtung außerhalb
des Schlachtbetriebs
gemäß Artikel 4 der delegierten Verordnung
(EU) 2019/624 der Kommission



LAND
SALZBURG

Name des amtlichen Tierarztes/

der amtlichen Tierärztin: _____

Tierarzt-Nr.:

--	--	--	--

1. Identifizierung der Tiere

Tierart:	Kennzeichnung (Ohrmarke):	Geburtsdatum:
----------	---------------------------	---------------

2. Ort der Notschlachtung

Name, Anschrift:
LFBI-Nr.:

3. Angaben zum Bestimmungsort (Schlachtbetrieb) der Tiere

Name, Adresse:
Transportmittel/amtliches Kennzeichen:

4. Andere relevante Angaben

--

5. Erklärung

Der Unterzeichner/Die Unterzeichnerin erklärt, dass:

- (1) die oben bezeichneten Tiere am _____ (Datum) um _____ Uhr im vorgenannten Betrieb der Schlachttieruntersuchung unterzogen und für schlachttauglich befunden wurde,
- (2) die Tiere am _____ (Datum) um _____ Uhr geschlachtet wurden und die Schlachtung und das Ausbluten ordnungsgemäß durchgeführt wurden,
- (3) die Notschlachtung aus folgendem Grund durchgeführt wurde: _____
- (4) Folgendes in Bezug auf Tiergesundheit und Tierschutz festgestellt wurde: _____
- (5) das Tier/die Tiere folgende Behandlungen erhalten hat/haben: _____

- (6) die Aufzeichnungen und sonstigen Unterlagen zu diesen Tieren den gesetzlichen Vorschriften genügten und einer Schlachtung der Tiere nicht entgegenstand.

Ausgestellt in (Ort)

am (Datum)

Stempel

Unterschrift des amtlichen Tierarztes/der amtlichen Tierärztin