|  |
| --- |
| Benötiqte Anqaben zur Ausstellunq einer Gesundheitsbescheiniqunq bei Ausfuhr von Pferden |
| Art der Ausfuhr: endgültig O / zeitlich begrenzt O (Rückkehr innerhalb 1 Monats) |
|  |
| Besitzer/Absender des Pferdes: |
| Name und Vorname : |
| Straße : |
| Postleitzahl und Ortschaft: |
| Telefonnummer / GSM: |
|  |
| Pferd: |
|  |
| Herkunftsort des Pferdes: |
| Straße : |
| Postleitzahl und Ortschaft: |
| Zulassungsnummer: (falls bekannt) |
|  |
| Passnummer |
|  |
| Bestimmunqsort: |
| Empfänger: |
| Name und Vorname : |
| Straße : |
| Postleibahl und Ortschaft: |
| Land |
| Bestimmungsadresse des Pferdes: |
| Straße : |
| Postleitzahl und Ortschaft: |
| Land: |
| Zulassungsnummer: (falls bekannt) |
|  |
| Transporteur: |
| Name und Vorname . |
| Straße : |
| Postleitzahl und Ortschaft: |
| Zulassungsnummer: (falls Transportunternehmen) |
| Transportmittel: |
| Kennzeichen des Trans ortmittels: |
| Abfahrtsdatum: |
| Abfahrtszeit: (nur bei definitiver Ausfuhr) |
| Bitte diese Angaben an die Veterinärverwaltung, Faxnummer 407545 oder E-Mail Adresse info@asv.etat.lu schicken. |

Ausfuhr - Pferde