

Antrag zur Erteilung einer Ausnahmegenehmigung nach § 4 Abs. 2 des Tierische Nebenprodukte-Beseitigungsgesetzes (TierNebG) zur Abholung und Kremierung eines Equiden

Hiermit beantrage ich

Antragsteller (Halter ¹ des toten Equiden)
Name
Adresse (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)
Telefonnummer/Fax/E-Mail

für folgenden Equiden

Name	
Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> kastriert	Alter
UELN/eindeutige Lebensnummer	
Transpondernummer	
Passnummer	
Datum des Verendens/der Euthanasie	
Betriebsnummer, Name und Adresse des Betreibers des Haltungsbetriebs des Tieres zum Zeitpunkt des Todes	

eine Ausnahmegenehmigung nach § 4 Abs. 2 TierNebG zur Kremierung.

Der Tierkörper wird von folgendem, dafür zugelassenen/registrierten Unternehmen abgeholt.
Name
Adresse (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)
Zulassungs-/Registrierungsnummer nach VO (EG) Nr. 1069/2009

Der Tierkörper wird in einem Zwischenbehandlungsbetrieb zwischengelagert.
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, bitte ausfüllen! Der Tierkörper wird bis zu seiner Abholung zum Krematorium in folgendem, dafür zugelassenem Zwischenbehandlungsbetrieb zwischengelagert:
Name
Adresse (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)
Zulassungsnummer nach VO (EG) Nr. 1069/2009

¹ Ist der Halter nicht gleichzeitig Eigentümer oder Besitzer des Tierkörpers, handelt der Halter im Auftrag des Eigentümers oder Besitzers, wenn dieser nicht selbst tätig wird.

Der Tierkörper wird zu folgender, zugelassener Verbrennungsanlage transportiert und dort kremiert.
Name
Adresse (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)
Zulassungsnummer nach VO (EG) Nr. 1069/2009

Bestätigung des Tierhalters des toten Equiden:	
Von den Ausführungen im Merkblatt des Salzlandkreises für das Abholen und Kremieren von toten Equiden habe ich Kenntnis genommen.	
Ort, Datum	Unterschrift

Bestätigung des Tierarztes (wird vom Tierarzt ausgefüllt):	
Name	
Adresse (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)	
Telefonnummer/Fax/E-Mail	
Hiermit bestätige ich, dass der o. a. tote Equide, keine Anzeichen einer für eine der gemäß dem EU-Tierseuchengesundheitsrecht gelisteten, für Equiden relevanten Tierseuchen gezeigt hat. Die o. g. Identität des Equiden wurde von mir überprüft und wird hiermit bestätigt.	
Datum der Untersuchung	Unterschrift und Praxisstempel des Tierarztes

Den ausgefüllten Antrag richten Sie bitte an den

**Salzlandkreis,
31 Fachdienst Veterinärangelegenheiten und Gesundheitlicher Verbraucherschutz
06400 Bernburg (Saale)**

Auskunft unter:
Telefon: +49 3471 684-1302, Fax: +49 3471 684-551440,
E-Mail: vet@kreis-slk.de