

**Gebührenpflichtige Schriftliche Versicherung oder
gebührenfreie freiwillige Nullmeldung**

gemäß § 58b Arzneimittelgesetz (AMG)

Diese Mitteilung bitte erst nach Ablauf des Mitteilungshalbjahres (spätestens zum 14.01. bzw. 14.07.) einreichen!

| | |
|--|---|
| Bitte senden an: Fax: 0228 / 972751 -00 oder -01 oder -02 e-mail: regionalstelle@afc.net <u>oder</u> AFC Public Services GmbH Dottendorfer Str. 82 53129 Bonn Hotline: 0228 / 98579 – 85 | Angaben des Tierhalters Name, <input type="text"/> Vorname: <input type="text"/> Straße, <input type="text"/> Haus-Nr.: <input type="text"/> PLZ, Ort.: <input type="text"/> Tel.: <input type="text"/> Fax: <input type="text"/> e-mail: <input type="text"/> (Bitte in Druckbuchstaben und vollständig ausfüllen) |
|--|---|

Registrier-Nr.
 (gem. VVVO):

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 0 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Gültig für das*: 1. Kalenderhalbjahr 20 ¹ **oder** 2. Kalenderhalbjahr 20 ¹
 (*Zutreffendes bitte ankreuzen)

 Schriftliche Versicherung (gebührenpflichtig)

 Hiermit versichere ich, dass ich für folgende **Nutzungsarten**, die unter o. a. VVVO-Nr. gemeldet sind:

| | | |
|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mastkälber bis 8 Monate | <input type="checkbox"/> Mastferkel bis einschl. 30 kg LG | <input type="checkbox"/> Masthühner |
| <input type="checkbox"/> Mastrinder ab 8 Monate | <input type="checkbox"/> Mastschweine über 30 kg LG | <input type="checkbox"/> Mastputen |

- **die Mitteilungen zur Arzneimittelverwendung** gemäß § 58b Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 bis Nr. 5 AMG übernommen habe, d. h. die angegebenen Daten zum Arzneimitteleinsatz basieren auf tierärztlichen „**Arzneimittelanwendungs- und Abgabebelegen**“.
- gemäß § 58b Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 AMG mich an die **Behandlungsanweisung** des Tierarztes:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Name des Tierarztes: | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Anschrift des Tierarztes: | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Registrier-Nr. gem. VVVO | <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

gehalten habe und nicht davon abgewichen bin.

 Freiwillige Nullmeldung (gebührenfrei)

 Hiermit versichere ich, dass ich im angegebenen Kalenderhalbjahr für folgende Nutzungsarten **keine Arzneimittel, die antibakteriell wirksame Stoffe enthalten**, eingesetzt habe.

| | | |
|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mastkälber bis 8 Monate | <input type="checkbox"/> Mastferkel bis einschl. 30 kg LG | <input type="checkbox"/> Masthühner |
| <input type="checkbox"/> Mastrinder ab 8 Monate | <input type="checkbox"/> Mastschweine über 30 kg LG | <input type="checkbox"/> Mastputen |

Ort, Datum

(Unterschrift Tierhalter)

¹ Verfügt der Betrieb über mehr als eine VVVO-Nr., für die die Mitteilungspflicht gemäß § 58b AMG besteht, so ist je VVVO-Nr. eine schriftliche Versicherung notwendig.