BIO

Raiffeisen Viehverbund eG

Raiffeisenstraße 37 | 27239 Twistringen | Tel.: 04243 9302-0 | Fax.: 04243 930226
VVVO-Nr.: 276 03 251 042 8588 | www.rvv-verbund.de

Ganderkesee	Bad Zwischenahn	Emsland	Harpstedt
Tel.: 04222 9327-0	Tel.: 04403 922-0	Tel.: 0151 4406 5566	Tel.: 04244 1001
Fax.: 04222 9327-30	Fax.: 04402 922-22	Fax.: 05962 8075802	Fax.: 04244 8003

RAIFFEISEN VIEHVERBUND

Lieferschein

Erzeugerbetrieb

VVVO-Nr.: _____

Name: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Tel.: _____

Abnehmer: _____

Lieferdatum: _____

Schlachtvieh ☐ **Nutzvieh** ☐

QS: ☐ Ja ☐ Nein Scanner: ☐ Ja ☐ Nein

BIO BIO BIO BIO BIO

___ Bullen ___ Kühe ___ Färsen ___ Fresser ___ Kälber

Kontrollstellen-Code Lief.: DE-ÖKO-_____

Kontrollstellen-Code RVV: DE-ÖKO-006

Gt	Ohrmarke

Gt	Ohrmarke

Wareneingangskontolle durchgeführt:

Datum, Unterschrift

Erklärung gemäß EU-VO 853/2004 (Informationen zur Lebensmittelkette) **Standarderklärung**

Der Lebensmittelunternehmer (Verkäufer), der für den Herkunftsbetrieb der oben genannten Tiere verantwortlich ist, erklärt Folgendes:

1. Über den Tiergesundheitsstatus des Herkunftsbetriebes, den Gesundheitsstatus der Tiere und zu Produktionsdaten, die das Auftreten einer Krankheit anzeigen könnten, liegen keine relevanten Informationen vor. Dem Herkunftsbetrieb sind keine relevanten Informationen über frühere Schlachttier- unFleischuntersuchungen bekannt.
2. Es liegen keine Anzeichen für das Auftreten von Krankheiten vor, die die Sicherheit des Fleisches beeinträchtigen könnten.
3. Im Zeitraum von 7 Tagen vor Verbringung der Tiere zur Schlachtung bestanden : ☐ **keine Wartezeiten für verabreichte Tierarzneimittel**
   ☐ **Wartezeiten für folgende Tierarzneimittel:** Tier (Kennzeichnung) _____, Tierarzneimittel _____, Wartezeit _____, Datum der Verabreichung _____
4. Es liegen keine Ergebnisse von Probenanalysen vor, die für den Schutz der öffentlichen Gesundheit von Bedeutung sind, ausgenommen _____
5. Die abzugebenden Rinder sind nach meinem Kenntnisstand zum Zeitpunkt der Übergabe nicht in einem fortgeschrittenen Stadium (d.h. letztes Drittel) der Trächtigkeit
6. Name und Anschrift des privaten, normalerweise hinzugezogenen Tierarztes:

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Ort/ Datum: _____

Unterschrift Fahrer

Futtermittellieferant: _____

Anmerkung: _____

Unterschrift Lebensmittellieferant