

Tollwutmonitoring NRW Untersuchung auf Tollwutdiagnostik

an:	<input type="radio"/> CVUA-Westfalen <input type="radio"/> CVUA-OWL <input type="radio"/> CVUA-RRW <input type="radio"/> CVUA-MEL	Zur Taubeneiche 10-12, 59821 Arnsberg Westernfeldstr. 1, 32758 Detmold Deutscher Ring 100, 47798 Krefeld Joseph-König-Str. 40, 48147 Münster
-----	--	---

<u>Veterinäramt / Auftraggeber</u>	<u>Überbringer</u> Name: Straße: Wohnort: Tel.: Fax:
------------------------------------	---

Fuchs Altfuchs Jungfuchs ml. wbl.

Herkunft: Stadt / Gemeinde:
 Kreis:
 Revier:

<input type="radio"/> verendet aufgefunden am:	<input type="radio"/> verhaltensauffällig
<input type="radio"/> verunfallt am:	<input type="radio"/> Personenkontakt
<input type="radio"/> erlegt am:	
<input type="radio"/> sonstiges:	

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die Datenschutzerklärung auf der Homepage des o.a. CVUA zur Kenntnis genommen zu haben.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Nur vom Untersuchungsamt auszufüllen: Labor-Nr. _____