



gemäß § 56 Abs. 2 Satz 3 TAMG

Regionalstelle TAM gemäß TAMG

Bitte senden an: FAX: 02361 / 305-3599 E-Mail: tierarzneimittel@lave.nrw.de <u>oder</u> Landesamt für für Verbraucherschutz und Ernährung NRW Fachbereich 2.3 40208 Düsseldorf	Angaben der Tierärztin / des Tierarztes Name, Vorname: <input type="text"/> Straße, 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)
---	--

Betriebsnummer

(Register-Nr. gemäß ViehVerkV):

0

5

Gültigkeitsbeginn: ___ / ___ / **20**___

Tag

Monat

Jahr

Hiermit zeige ich für meine Tierarztpraxis an, dass für **sämtliche Nutzungsarten** die Mitteilungen seitens des **u.a. Dritten erfolgen** (für welche Nutzungsarten tatsächlich vom Dritten gemeldet werden sollen, muss intern zwischen Tierarzt und Dritten geregelt werden).

Angabe zum Dritten¹:

Name des Dritten:	<input type="text"/>
Anschrift des Dritten:	<input type="text"/>
Betriebsnummer	<input type="text"/>

Folgende Mitteilungen werden durch den Dritten übernommen:

<input type="checkbox"/>	Mitteilungen zur Arzneimittelverwendung gemäß § 56 Abs. 2 Satz 3 TAMG
--------------------------	--

Folgende Mitteilungen dürfen vom Dritten eingesehen / abgerufen werden:

<input type="checkbox"/>	Mitteilungen zur Arzneimittelverwendung , die sich auf diesen Dritten bezieht
<input type="checkbox"/>	Mitteilungen zur Arzneimittelverwendung ohne Einschränkung bezüglich Datenherkunft
<input type="checkbox"/>	Mitteilungen zur Arzneimittelverwendung , die durch den Dritten gemeldet wurden

Der Dritte wurde über Art und Umfang dieser Anzeige informiert und ist bereit, die angegebenen Mitteilungen durchzuführen. Mir ist bekannt, dass fehlerhafte und unterlassene Meldungen durch den Dritten zu Lasten des Vollmachtgebers gehen. Der Dritte verpflichtet sich, die Daten vertraulich zu behandeln. Die Vollmacht kann jederzeit elektronisch oder schriftlich widerrufen werden.

Widerruf der Bevollmächtigung des o. g. Dritten ab _____ (Gültigkeitsende)

Ort, Datum_____
(Unterschrift Tierärztin / Tierarzt)