



Atrofische Rhinitis – SCREENING

OVEREENKOMST

Ondergetekende, (voornaam en naam),
verantwoordelijke van het varkensbeslag met beslagnummer ,
verklaart hierbij deel te nemen aan het ‘Atrofische Rhinitis – screening’ programma van
DGZ, het reglement grondig te hebben gelezen en hiermee akkoord te gaan.

Te (plaats), de (datum)

Handtekening verantwoordelijke:

Ondergetekende, (voornaam en naam),
ordenr., **bedrijfsdierenarts** van het bovenstaande varkensbeslag, verklaart dat

- op vernoemd varkensbeslag sinds minimum 1 jaar niet wordt gevaccineerd tegen Atrofische Rhinitis;
- hij elke verdenking (klinisch of bij ander onderzoek onder zijn verantwoordelijkheid gesteld) van Atrofische Rhinitis, zonder verwijl meldt aan DGZ;
- hij instaat voor de correcte staalnamen zoals voorzien in het reglement van het ‘Atrofische Rhinitis – screening’ programma.

Te (plaats), de (datum)

Stempel en handtekening bedrijfsdierenarts:

Namens DGZ,

Naam:

Te (plaats), de (datum)

Handtekening: