



## Untersuchungsantrag Hund

CSNB

GeneControl GmbH · Senator-Gerauer-Straße 23 a · 85586 Poing  
T +49 (0)89/9 44 19 69-0 · F +49 (0)89/9 44 19 69-501  
genlab@tzfgen-bayern.de · www.genecontrol.de

### Zuchtverband

Die in diesem Antrag aufgeführten Abstammungsdaten und Identifikationen entsprechen den Eintragungen im Herdbuch.

Datum, Stempel und Unterschrift für den Zuchtverband

### Anschrift des Kostenträgers

Für evtl. Rückfragen bitte Angabe von Tel., Fax oder E-mail

#### Rechtsverbindliche Unterschrift des Kostenträgers

Ich akzeptiere die Allgemeinen Geschäftsbedingungen der GeneControl GmbH sowie eine Weitergabe des Befundes an den Zuchtverband. Weiterhin erkläre ich mich mit der Ausführung der Dienstleistung vor Ablauf der Widerrufsfrist einverstanden.

### Anschrift des Besitzers

### Probennehmer

Ich bestätige, dass die eingesandten Proben von den im Antrag aufgeführten Tieren stammen und richtig gekennzeichnet sind.

Datum, Unterschrift des Probennehmers, ggf. Stempel

### Tier 1

Tier-ID:	<input type="text"/>	Geb.Dat.:	<input type="text"/>	U-Nr.:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Name:	<input type="text"/>			Rasse:	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	m	<input type="checkbox"/>	w

### Tier 2

Tier-ID:	<input type="text"/>	Geb.Dat.:	<input type="text"/>	U-Nr.:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Name:	<input type="text"/>			Rasse:	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	m	<input type="checkbox"/>	w

### Tier 3

Tier-ID:	<input type="text"/>	Geb.Dat.:	<input type="text"/>	U-Nr.:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Name:	<input type="text"/>			Rasse:	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	m	<input type="checkbox"/>	w

### Tier 4

Tier-ID:	<input type="text"/>	Geb.Dat.:	<input type="text"/>	U-Nr.:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Name:	<input type="text"/>			Rasse:	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	m	<input type="checkbox"/>	w

### Tier 5

Tier-ID:	<input type="text"/>	Geb.Dat.:	<input type="text"/>	U-Nr.:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Name:	<input type="text"/>			Rasse:	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	m	<input type="checkbox"/>	w