



Bestätigung der fachgerechten Kastration von männlichen Kälbern und Rindern für Vor- /Nachtratt (Holz) / Alp Sarina / Fläscher Berg

Betrieb: _____

Adresse: _____

TVD-Nr: _____

	Ohrmarken Nummer	Datum Geburt	Datum Kastration	Bis Ende 10. Lebens-woche Ja/Nein	Kastration durch (ankreuzen)		Unterschrift Tierhalter / Tierarzt (Stempel)
					Tierarzt	Tierhalter*	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

* Kastrationen durch Tierhalter nur mit Sachkundenachweis und entsprechend Art. 32 TSchV.

Bemerkungen:
