

Untersuchungsauftrag PRRSV-Antikörper ELISA

für Mitglieder des Vereins Steirischer Tiergesundheitsdienstes im Rahmen des ÖTGD Programms
 Stabilisierung der Tiergesundheit in Ferkelproduktionsbetrieben



EinsenderIn/Tierarzt, Tierärztin Name, Straße/Nr., PLZ, Ort, Tel.Nr., Email-Adresse, Firmenbuchnummer, UID		TierhalterIn/Betrieb LFBISNr <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>									
Name Straße/Nr. PLZ/Ort Email-Adresse											
Programm <input type="checkbox"/> Herdebuchzuchtbetrieb <input type="checkbox"/> Ferkelerzeugerbetrieb <input type="checkbox"/> Abgangsuntersuchung Zuchtbetrieb <input type="checkbox"/> Schweinemast		PRRSV-Impfung <input type="checkbox"/> Altsauen <input type="checkbox"/> Jungsauen <input type="checkbox"/> Ferkel <input type="checkbox"/> Mastschwein <input type="checkbox"/> Eber <input type="checkbox"/> Keine Impfung									
Datum der Probenahme:											
Lfd. Nr.	Kennzeichnung	Tierkategorie AS=Altsau, JS=Jungsau, FE=Absetzferkel MS=Mastschwein, EB=Eber	Anmerkungen Screening, Abgang								
1		<input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> JS <input type="checkbox"/> FE <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> EB									
2		<input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> JS <input type="checkbox"/> FE <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> EB									
3		<input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> JS <input type="checkbox"/> FE <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> EB									
4		<input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> JS <input type="checkbox"/> FE <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> EB									
5		<input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> JS <input type="checkbox"/> FE <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> EB									
6		<input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> JS <input type="checkbox"/> FE <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> EB									
7		<input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> JS <input type="checkbox"/> FE <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> EB									
8		<input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> JS <input type="checkbox"/> FE <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> EB									
9		<input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> JS <input type="checkbox"/> FE <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> EB									
10		<input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> JS <input type="checkbox"/> FE <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> EB									
11		<input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> JS <input type="checkbox"/> FE <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> EB									
12		<input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> JS <input type="checkbox"/> FE <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> EB									
13		<input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> JS <input type="checkbox"/> FE <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> EB									
14		<input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> JS <input type="checkbox"/> FE <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> EB									
15		<input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> JS <input type="checkbox"/> FE <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> EB									
16		<input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> JS <input type="checkbox"/> FE <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> EB									
17		<input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> JS <input type="checkbox"/> FE <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> EB									
18		<input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> JS <input type="checkbox"/> FE <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> EB									

19		<input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> JS <input type="checkbox"/> FE <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> EB	
20		<input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> JS <input type="checkbox"/> FE <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> EB	
21		<input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> JS <input type="checkbox"/> FE <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> EB	
22		<input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> JS <input type="checkbox"/> FE <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> EB	
23		<input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> JS <input type="checkbox"/> FE <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> EB	
24		<input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> JS <input type="checkbox"/> FE <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> EB	
25		<input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> JS <input type="checkbox"/> FE <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> EB	

Verwendetes Untersuchungsverfahren

Nachweis von Antikörpern gegen PRRSV aus Blut von Schweinen mittels ELISA. Der:die Auftraggeber:in erklärt sich mit den oben angegebenen Prüfmethode(n)/-verfahren einverstanden. Für allfällige fachliche Fragen im Zusammenhang mit den Methoden steht Ihnen Frau Dr. Irene Zimpernik als Ansprechpartner:in zur Verfügung.

Entgelt

Für Mitglieder des Vereins Steirischer Tiergesundheitsdienst (ZVR 484628974; im folgenden Steirischer TGD), erfolgt im Rahmen der oben genannten Programme eine Kostenübernahme durch den Steirischen TGD.

Es gelten die oben und in den nachstehenden Hinweisen genannten Bedingungen und die Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) der AGES GmbH in der zum Zeitpunkt der Auftragserteilung geltenden Fassung (siehe <http://www.ages.at/agb>) als vereinbart.

Ich bestätige, dass mit dem Verein steirischer Tiergesundheitsdienst eine Vereinbarung dahingehend getroffen wurde, dass dieser die Begleichung des Rechnungsbetrages übernimmt, sofern ich in die Befundübermittlung an den Verein steirischer Tiergesundheitsdienst durch die AGES zustimme und ersuche um direkte Weiterleitung des/der Befunde durch die AGES direkt an den Verein Steirischer Tiergesundheitsdienst.

_____, am _____
Ort Datum

Firma (Firmenstempel) und Unterschrift des/der Einsender:in /Tierarztes/Tierärztin

Name (in Blockbuchstaben)

Hinweise

Umfasste Programme

Gegenständliches Formular dient ausschließlich den Mitgliedern des Vereins Steirischer Tiergesundheitsdienst (ZVR 484628974), zur Einsendung von Proben zur Untersuchung durch die AGES, wie oben beschrieben, für obenstehende Programme.

Gültigkeit des gegenständlichen Formulars

Gegenständliches Formular gilt für Probeneinsendungen, die bis zum 31.12.2021 eingelangt sind.

Zustandekommen des Vertrags

Der Vertrag mit der AGES kommt mit Einlangen der Probe zu Stande, wenn die Annahme nicht binnen 3 Werktagen nach Einlagen der Probe am Standort der AGES in Mödling ausdrücklich abgelehnt wird.

Angaben zur Probe

Auf Probenahme, Lagerung und Transport von Untersuchungsgegenständen, die vom Auftraggeber oder der Auftraggeberin abgegeben oder eingesandt werden, hat die AGES GmbH keinen Einfluss. Das Untersuchungsergebnis bezieht sich ausschließlich auf den übergebenen Untersuchungsgegenstand und den Umfang der durchgeführten Untersuchungen.

Angabe zur Verpackung von Proben und Postsendungen

Der/die Auftraggeber:in erklärt sich damit einverstanden, bei Proben- und Postsendungen an die AGES sichtbare und eindeutig lesbare Absender:innenangaben auf Briefen/Paketen anzugeben sowie Proben so dicht zu verpacken, dass beim Transport keine Substanzen austreten können. Hinweis: Poststücke ohne identifizierbaren Absender:in und/oder mit sichtbaren Flüssigkeits- oder Ölflecken können aus Sicherheitsgründen in der AGES nicht entgegengenommen werden.