



Verein  
Steirischer  
Tiergesundheitsdienst



Das Land  
Steiermark

## Tierärztliche Vertretungsregelung

- **Name und Anschrift des TGD-Betreuungstierarztes:**

Name .....

Praxisadresse .....Bezirk .....

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass unten genannter Vertretungstierarzt im Bedarfsfall die TGD-Agenden am betreffenden Betrieb übernimmt.

.....  
Datum und Unterschrift des Betreuungstierarztes

- **Name und Anschrift des TGD-Vertretungstierarztes:**

Name .....

Praxisadresse .....Bezirk .....

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass ich als genannter Vertretungstierarzt im Bedarfsfall die TGD-Agenden am betreffenden Betrieb übernehme.

.....  
Datum und Unterschrift des Vertretungstierarztes

- **Name und Anschrift des Tierhalters:**

Name .....

Wohnadresse .....Bezirk .....

LFBIS-Nr. ....

Ich wurde davon in Kenntnis gesetzt, dass der oben genannte Vertretungstierarzt im Bedarfsfall die Agenden des TGD-Betreuungstierarztes übernimmt.

.....  
Datum und Unterschrift des Tierhalters