

ANMELDEFORMULAR: BEITRITT QUALIPORC GESUNDHEITSSERVICE (QGS)

Betrieb: _____
Name: _____ Vorname: _____
Strasse/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____ Kt: _____
Telefon: _____ / _____ Natel: _____ / _____
E-Mail: _____ TVD-Nummer: _____

Falls mehrere Standorte:

Betrieb: _____
Name: _____ Vorname: _____
Strasse/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____ Kt: _____
Telefon: _____ / _____ Natel: _____ / _____
E-Mail: _____ TVD-Nummer: _____

BETRIEBSDATEN

Betriebsart

- Zuchtbetrieb Mastferkel Zuchttiere
 Mastbetrieb geschlossener Zucht-Mastbetrieb

AFP-Betrieb ja nein Ringzugehörigkeit: _____

Wenn ja: Abferkelbetrieb Ferkelaufzucht Mast andere: _____

Produktionsrichtung

QM Label _____ Bio _____

Betriebsgrösse

Anzahl: Zuchtsauen: _____ Aufzuchtplätze: _____ Mastplätze: _____

Aktueller Status

- SGD-AR1 SGD-AR2 SGD-A SGD-A prov. SGD I
 keine Einteilung nicht SGD-Mitglied

MELDUNG TIERARZTPRAXIS

Praxis: _____

Name: _____ Vorname: _____

Strasse/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____ Kt: _____

E-Mail: _____ Telefon: _____ / _____

- Der betreuende Tierarzt/Tierärztin/Tierarztpraxis muss vom Verwaltungsrat der Qualiporc anerkannt sein (siehe Anforderungen Anhang 1 der Statuten).
- Falls keine Anerkennung vorliegt, ist ein Aufnahmegesuch an die QGS-Geschäftsstelle zu richten (Anmeldeformular BTA).

Vermarktungsweg

Direkt Handel

Firma: _____

Name: _____ Vorname: _____

Strasse/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____ Kt: _____

E-Mail: _____ Telefon: _____ / _____

- Ich habe die Richtlinie QGS-Gesundheitsservice und die Datenschutzbestimmungen unter www.qualiporc.ch (Dokumente) zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden.

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____

Bitte schicken Sie das vollständig ausgefüllte
Formular per Post, Fax oder E-Mail an:

Qualiporc Gesundheits- & Zuchtservices
Enggenhüttenstrasse 4c
9050 Appenzell

Fax: 071 787 09 90

Email: info@qualiporc.ch