

## Vollmacht zur Anzeige meiner MRV-Daten für die Tierseuchenkasse

An E-Mail: [info@mrv-eg.de](mailto:info@mrv-eg.de) oder Fax: 03843 751 259

Kundennummer: .....	Ansprechpartner: .....
Betriebsname / Name: .....	Telefonnummer: .....
Anschrift	Faxnummer: .....
	E-Mailadresse: .....
..... (Betriebsstempel)	
Datum: .....	Unterschrift Auftraggeber: .....

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass der

Tierseuchenkasse von Mecklenburg-Vorpommern

Neustrelitzer Straße 120, Block C

17033 Neubrandenburg

Tel.: 0395 380 19991

Fax: 0395 380 19990

1. der Befund der Mastitisuntersuchung von Milchkühen meines Betriebes per Fax / Mail zugestellt wird. \*

Ja  Nein

2. Die Tierseuchenkasse erhält hiermit die Zugangsberechtigung zu den Milchgütedaten meines Betriebes. \*

Ja  Nein

3. Die Tierseuchenkasse erhält hiermit die Zugangsberechtigung zu den Befunden meines Betriebes. \*

Ja  Nein

4. Die Tierseuchenkasse erhält hiermit die Zugangsberechtigung zur Auswertung „IkvQ“ meines Betriebes. \*

Ja  Nein

### Hinweise:

\* Zutreffendes bitte ankreuzen.

Die Weitergabe sonstiger betriebsbezogener Daten bedarf meiner gesonderten Zustimmung.

Diese Zustimmung kann ich jederzeit schriftlich widerrufen.