

# Probenbegleitschein für Leberegeluntersuchung

Untersuchung auf Antikörper gegen Fasciola hepatica

**(nur im Oktober und November)**

Kosten: 13.00 € zzgl. MwSt.



Großstr. 30, 26789 Leer

*Bitte ausfüllen ODER Etikett aufkleben!*

MLP-Betriebsschlüssel: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Probenahmedatum: \_\_\_\_\_

## Ergebnis per:

Ich wünsche eine Beratung durch meinen Tierarzt!

Fax: \_\_\_\_\_

Name Tierarzt: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

## SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Landeskontrollverband Weser-Ems e.V., die Untersuchungsgebühr von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Landeskontrollverband Weser-Ems e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE87ZZZ00000030413

**Kontoinhaber:** \_\_\_\_\_

**Kreditinstitut:** \_\_\_\_\_

**IBAN:** \_\_\_\_\_

**BIC:** \_\_\_\_\_

(kann entfallen, wenn IBAN mit DE beginnt) \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_