



## Atrofische Rhinitis – SCREENING

### OVEREENKOMST

Ondergetekende, ..... (voornaam en naam),  
**verantwoordelijke** van het varkensbeslag met beslagnummer ..... ,  
verklaart hierbij deel te nemen aan het ‘Atrofische Rhinitis – screening’ programma van  
DGZ, het reglement grondig te hebben gelezen en hiermee akkoord te gaan.

Te ..... (plaats), de ..... (datum)  
Handtekening verantwoordelijke:

---

Ondergetekende, ..... (voornaam en naam),  
ordenr. ...., **bedrijfsdierenarts** van het bovenstaande varkensbeslag, verklaart dat

- op vernoemd varkensbeslag sinds minimum 1 jaar niet wordt gevaccineerd tegen Atrofische Rhinitis;
- hij elke verdenking (klinisch of bij ander onderzoek onder zijn verantwoordelijkheid gesteld) van Atrofische Rhinitis, zonder verwijl meldt aan DGZ;
- hij instaat voor de correcte staalnamen zoals voorzien in het reglement van het ‘Atrofische Rhinitis – screening’ programma.

Te ..... (plaats), de ..... (datum)  
Stempel en handtekening bedrijfsdierenarts:

---

Namens DGZ,

Naam: .....

Te ..... (plaats), de ..... (datum)  
Handtekening: