

Abweichungsprotokoll

TGD-Geschäftsstelle <input type="checkbox"/>	TGD-Betreuungstierarzt <input type="checkbox"/>	TGD-Tierhalter <input type="checkbox"/>
--	---	---

Name und Anschrift:	Abw. Nr.:
---------------------	-----------

Festgestellte Abweichungen		
Nummer der Checklistenfrage:		
Kommentar:		
Datum:	Unterschrift (Kontrollorgan):	Unterschrift (kontrollierte Einheit):

Maßnahmen zur Behebung	Verantwortliche	Termin

Wirksamkeitsprüfung am:	durch:
Ergebnis:	
Wirksam: JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Unterschrift :	