Services SANITEL :

Allée des Artisans,2 – 5590 CINEY (Ci) Tél : 083/23.05.15 Fax : 065/32.88.55

Krinkelt, Vierschillingweg, 13 – 4761 ROCHERATH (Ro) Tél : 080/64.04.44 Fax : 080/64.04.40

Réservé au Service

Reçu par envoi postal ☐ détenteur ☐ mail/fax ☐ bte aux lettres ☐ Référence archivage :

personnel ou tierce personne:

Reçu le	Transféré le	Reçu le	Clôturé le
à par :	à par :	par	par

DEMANDE DE FABRICATION DE MARQUES AURICULAIRES PERDUES OU DÉTÉRIORÉES

A compléter soigneusement en MAJUSCULES (caractères imprimés), au bic noir ou bleu, un caractère par case

N° ou étiquette troupeau

BE ☐☐☐☐☐☐☐☐-☐☐☐☐

FACTURATION : à ne compléter qu'en cas de troupeau lié à plusieurs clients de facturation

Numéro de client ARSIA ☐☐☐☐☐☐

RESPONSABLE SANITAIRE :

Nom : Prénom :

Tél. :

	Code pays	Numéro complet repris sur la boucle encore en place – commande MA ***traditionnelle*** ☐ **ALLFLEX** ☐ **BFLEX** BFLEX -> programme de sélection génomique		Code pays	Numéro complet repris sur la boucle encore en place - commande MA ***électronique*** ☐ **ALLFLEX** ☐ **BFLEX** BFLEX -> programme de sélection génomique
1			1		
2			2		
3			3		
4			4		
5			5		
6			6		
7			7		
8			8		
9			9		
10			10		

Je soussigné, **déclare sur l'honneur** que les bovins renseignés ci-dessus sont présents dans mon troupeau, qu'ils restent identifiés par une marque auriculaire et que je suis en possession des DI correspondants. Dès réception des boucles commandées ci-dessus, je m'engage à les apposer **IMMEDIATEMENT**.

Date : ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

* Signature obligatoire
par le responsable dans ce cadre

REMARQUE : Pour la perte des **deux boucles officielles**, vous devez utiliser le **verso** de ce formulaire.

DEMANDE DE FABRICATION DE 2 MARQUES AURICULAIRES POUR

BOVIN(S) SANS AUCUNE BOUCLE

A compléter soigneusement en MAJUSCULES (caractères imprimés), au bic noir ou bleu, un caractère par case

N° ou étiquette troupeau

BE ☐☐☐☐☐☐☐☐-☐☐☐☐

FACTURATION : à ne compléter qu'en cas de troupeau lié à plusieurs clients de facturation

Numéro de client ARSIA ☐☐☐☐☐☐

RESPONSABLE SANITAIRE :

Nom : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Prénom : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Tél. : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

	Code pays	Numéro d'identification complet présumé ☐ ALLFLEX ☐ BFLEX BFLEX -> programme de sélection génomique	Age présumé	Commentaire
1	☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐		
2	☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐		
3	☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐		
4	☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐		
5	☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐		

☐ Je procède au marquage électronique de mes bovins

Je soussigné, **déclare sur l'honneur** que le(s) bovin(s) âgé(s) de plus de 7 jours renseigné(s) ci-dessus est (sont) présent(s) dans mon troupeau sans identification officielle.

Je m'engage à **rentrer** ce(s) bovin(s) immédiatement **à l'étable** dans l'attente du contrôle de ré-identification et de recherche en traçabilité qui sera réalisé par l'ARSIA.

Afin de préparer au mieux cette visite :

- Je vérifie la concordance signalétique de tous les animaux présents avec leur passeport.
- Je rassemble tous les éléments de preuve susceptibles d'établir l'historique de la traçabilité du (des) bovin(s) sans boucles. (références descendance/ascendance; présence éventuelle d'échantillon(s) ADN dans une base de données (« pilothèque » ou autre))

Date : ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

* Signature obligatoire

par le responsable dans ce cadre

* En signant ce formulaire, **vous** reconnaissez avoir pris connaissance et **acceptez nos conditions générales** (disponibles sur www.arsia.be)