



LANDESKONTROLLVERBAND FÜR
LEISTUNGS- UND QUALITÄTSPRÜFUNG
MECKLENBURG-VORPOMMERN eG
Speicherstraße 11, 18273 Güstrow

Vollmacht zur Anzeige meiner LKV-Daten für Hoftierärzte und Berater

An E-Mail: regionalstelle-mv@mqd.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 meinem Hoftierarzt / Berater

Name / Firma:..... Telefonnummer:.....

Straße: Faxnummer:

PLZ Ort: E-Mailadresse:

Ortsteil:

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

Ja Nein

2. Der Hoftierarzt / Berater erhält hiermit die Zugangsberechtigung zu den Milchgütedaten meines Betriebes. *

Ja Nein

3. Der Hoftierarzt / Berater erhält hiermit die Zugangsberechtigung zu den Befunden meines Betriebes.*

Ja Nein

4. Der Hoftierarzt / Berater erhält hiermit die Zugangsberechtigung zur Auswertung „lkvQ“ meines Betriebes. *

Ja Nein

Hinweise:

* Zutreffendes bitte ankreuzen.

Die Weitergabe sonstiger betriebsbezogener Daten bedarf meiner gesonderten Zustimmung. Diese Zustimmung kann ich jederzeit schriftlich widerrufen.