

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Straße, Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer  
**(Praxissitz)**

(Fax: 0345 514-2699)  
(E-Mail: Veterinaer@lvwa.sachsen-anhalt.de)

Landesverwaltungsamt Sachsen-Anhalt  
Referat Verbraucherschutz, Veterinärangelegenheiten  
Dessauer Straße 70  
06118 Halle

**Anzeige der Aufgabe des Betriebes eines örtlich getrennten Betriebsraumes einer tierärztlichen Hausapotheke gemäß § 79 Abs. 4 des Tierarzneimittelgesetzes**

**Hiermit zeige ich an, dass ich ab \_\_\_\_\_ in**

\_\_\_\_\_  
Straße, Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

**den vom Standort meiner tierärztlichen Hausapotheke örtlich getrennten Betriebsraum nicht mehr betreibe.**

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift der Tierärztin/des Tierarztes)