

# Tausch von Notdiensten

## Abgebende Praxis:

Name: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Datum des/der getauschten Notdienste(s): \_\_\_\_\_

Datum des/der Ersatznotdienste(s): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift abgebende(r) Tierarzt/Tierärztin

## Übernehmende Praxis:

Name: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Ich verpflichte mich, obengenannten Notdienst zu übernehmen und gemäß der Berufsordnung der Tierärztekammer des Saarlandes durchzuführen.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift übernehmende(r) Tierarzt/Tierärztin

Bitte das ausgefüllte Formular per eMail senden an  
[tierarztphilippi@t-online.de](mailto:tierarztphilippi@t-online.de),  
oder per Fax an die Geschäftsstelle  
06824-6640.