

**Landesamt für Landwirtschaft, Lebensmittelsicherheit und Fischerei
Mecklenburg-Vorpommern, Abt. Pflanzenschutzdienst
Dezernat 410 – Phytopathologisches Labor**

Graf-Lippe-Str. 1, 18059 Rostock
Tel.: 0385 588-62411 (-61418) E-mail: ZPA-410@lalff.mvnet.de

PROBENANNAHMEBELEG

(Grau hinterlegte Felder sind nur durch Mitarbeitende des LALLF M-V auszufüllen)

Probeneingang: Privatperson Mitarbeiter PSD (Name) _____
 Post Kurier

Anschrift:

Probenherkunft: (falls andere Anschrift)

Name:	
Ansprechpartner:	
Straße, Haus-Nr.:	
PLZ, Ort:	
Telefon / Fax:	
E-Mail:	Rechnung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Probenahmedatum:	Probenanzahl:
Art der Probe: (Fruchtart/Sorte/Material)	
Verpackungsart:	
Probenzustand:	
Untersuchung auf:	
Methode: <input type="checkbox"/> Festlegung durch den Prüfleiter <input type="checkbox"/> Festlegung nach Wunsch des Kunden	
Schadssymptome: (Beschreibung/Art/Umfang)	
Angaben zur Kultur: (PSM/Düngung/Witterung/Vorgeschichte)	

Zwischenlagerung in der Probenannahme: <input type="checkbox"/> Raumtemp. <input type="checkbox"/> Kühlschrank <input type="checkbox"/> Gefrierschrank
Hinzuziehung Labor-/Prüfleiter: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Unterschrift Labor-/Prüfleiter):
<input type="checkbox"/> Weiterleitung an Dezernat / Einrichtung:
<input type="checkbox"/> per Kurier <input type="checkbox"/> per Post <input type="checkbox"/> Zurückweisung <input type="checkbox"/> Festlegung

Ort, Datum: _____ Name Auftraggeber (GROSSBUCHSTABEN): _____ Unterschrift*: _____

Die Untersuchung ist laut Kostenverordnung für Amtshandlungen in der Land- und Ernährungswirtschaft (KostVO LE M-V) gebührenpflichtig. * Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden, dass die oben stehenden Daten zu meiner Person über das hausinterne Informationssystem zur Rechnungslegung, Ergebnismitteilung und statistischen Auswertung verwendet werden dürfen.