**Abgabe von biologischem Material an Dritte**

**Umgangserklärung**

In Kürze bekommen Sie vom Friedrich-Loeffler-Institut, Bundesforschungsinstitut für Tiergesundheit (FLI) nachfolgendes biologisches Material:

***Anzahl* Lyophilisate – Beschälseuche-Antigen**

***Anzahl* Lyophilisate – Beschälseuche positives Kontrollserum**

***Anzahl* Lyophilisate – Beschälseuche negatives Kontrollserum**

Das o. g. Material wird ausschließlich zum Zweck der

**Beschälseuchediagnostik**

überlassen.

Mit der Übergabe erwirbt Ihre Einrichtung das Eigentum am o. g. Material.

Mit der Unterzeichnung dieser Erklärung sichern Sie zu, dass Ihre Einrichtung und/oder der das o. g. Material verwendende Wissenschaftler über die erforderlichen Erlaubnisse/ Genehmigungen verfügt und die Verwendung nur unter Beachtung der einschlägigen Vorschriften und Sicherheitsregeln zugelassen wird sowie keine Weitergabe an Dritte erfolgt. Dabei ist Ihnen bekannt, dass Verunreinigungen des o. g. Materials trotz angemessener Maßnahmen und Tests auch bei Beachtung der nötigen Sorgfalt nicht generell ausgeschlossen werden können.

Um das Risiko zu minimieren, sind die folgenden Vorkehrungen erforderlich und müssen vom Empfänger in den Empfängerlaboren beachtet und umgesetzt werden:

* Kontaktvermeidung gefährdeter Tiere (z. B. Rinder, Schafe, Ziegen, Schweine, Geflügel) mit der Probe/den Proben;
* Kontaktvermeidung mit gefährdeten Tieren 24 Stunden nach der Arbeit mit der Probe/den Proben;
* Adäquate Desinfektion von verschüttetem Material, z. B. mit 1 % Natriumhydroxid, 3 Minuten Einwirkzeit;
* Adäquate Dekontamination aller Materialien, die mit der Probe/den Proben in Kontakt gekommen sind, z. B. 20 Minuten bei 121 °C.

Bitte lassen Sie dieses Formular von einer vertretungsberechtigten Person Ihres Institutes unterzeichnen und senden Sie es an folgende Anschrift zurück:

**Friedrich-Loeffler-Institut**

NRL für Beschälseuchediagnostik / IfE

Südufer 10

17493 Greifswald – Insel Riems

**Name**: *Titel* *Vorname* *Name*

**Funktion**: *Funktion des Bestellers*

**Institut**: *Bestellende Einrichtung*

**Anschrift:** *Bitte vollständige Adresse angeben.*

**Datum**: *Bitte auswählen.* **Unterschrift**: