

|                                 |  |                     |         |
|---------------------------------|--|---------------------|---------|
| Eingangsstempel Kreisverwaltung |  | Eingangsstempel TSK | 02/2017 |
|                                 |  |                     |         |

Tierseuchenkasse Rheinland-Pfalz  
 Burgenlandstr. 7  
 55543 Bad Kreuznach

Tagebuch-Nr. TSK: **85-382-**

Antragsdatum: \_\_\_\_\_

TSK-Nr. 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | * |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|

HIT / Betriebs-Nr.: 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | * |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|

**über**  
 Kreisverwaltung  
 - Veterinäramt -

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

Vorname: \_\_\_\_\_

Zusatz: \_\_\_\_\_

Strasse, Nr.: \_\_\_\_\_

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

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

Telefax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**\* OHNE ANGABE DER TSK-NR SOWIE DER HIT-NR IST KEINE BEARBEITUNG MOEGlich, UND DER ANTRAG MUSS ABGELEHNT WERDEN.**

**Antrag auf Beihilfe zu den Kosten angeordneter Impfungen gegen Q-Fieber Schafe**

gem. Abschnitt II Nr. 10 Beihilfesatzung der Tierseuchenkasse Rheinland-Pfalz. **Die Auszahlung der Beihilfe erfolgt aufgrund der Beihilfesatzung der Tierseuchenkasse an den/die Tierarzt/-ärztin.**

|                   |
|-------------------|
| Datum der Impfung |
|                   |
|                   |

|   |  |                      |
|---|--|----------------------|
| Anzahl der Impfungen (bitte eintragen): |  | <input type="text"/> |
| * 3,00 € / Impfung Schafe               |  |                      |
| * 0,64 € Impfkosten / Impfung Schaf     |  |                      |
| zuzügl. 19 % Mehrwertsteuer             |  |                      |
| <b>Summe:</b>                           |  | <input type="text"/> |

|  |
|--|
| Anzahl beitragspflichtiger Tiere zum 01.01. des Jahres (Stichtag): |
|  |

|                            |
|----------------------------|
| Anschrift Tierarzt/-ärztin |
|                            |
|                            |
|                            |

|                                       |                      |
|---------------------------------------|----------------------|
| Bankverbindung des Tierarztes/-ärztin |                      |
| IBAN:                                 | <input type="text"/> |
| BIC:                                  | <input type="text"/> |
| Bank                                  | <input type="text"/> |

Ich bestätige, dem Tierhalter die oben genannte Beihilfe nicht in Rechnung gestellt zu haben bzw. die Beihilfe nach Erhalt dem Tierhalter zurückzuerstatten.

Ort, Datum

Unterschrift Tierarzt/-ärztin

Ich versichere hiermit meinen Tierseuchenkassenbeitrag für das Jahr  bezahlt zu haben und habe Kenntnis genommen, dass die beantragte Beihilfe an den unterzeichnenden Tierarzt/-ärztin ausgezahlt wird.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers / der Antragstellerin

Kreisverwaltung \_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

- Veterinäramt - \_\_\_\_\_

Az.: \_\_\_\_\_

dem Antrag liegen folgende Unterlagen bei:

Es wird bestätigt, dass keine Gründe für einen Ausschluss oder eine Minderung der Beihilfe gemäß § 17 der Hauptsatzung der Tierseuchenkasse Rheinland-Pfalz in der derzeit geltenden Fassung bekannt sind und **dass die Impfung angeordnet ist.**

Unterschrift des Veterinärbeamten / der Veterinärbeamtin