Antrag auf Beihilfe für freiwillige Impfungen gemäß Beihilfeerlass Brandenburg

Antragstellerin / Antragsteller

Eigene Registriernummer bzw. des Betriebes nach ViehVerkV (HIT-Nr.)

1 2 ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

.....
Name, Vorname des Tierhaltenden / des Eigentümers oder Betriebsbezeichnung

.....
Adresse des Tierhaltenden / des Eigentümers oder Betriebsadresse

.....
Standort des Betriebes / der Tiere zum Zeitpunkt der Impfung

Gilt nur bei Pferden, welche im Pensionsstall stehen:

Registriernummer des Pensionsstalles nach ViehVerkV (HIT-Nr.)

1 2 ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Antrag auf Zuschuss zur Impfung gegen: ☐ **West-Nil-Virus** ☐ **Blauzunge** ☐ **Coxiellose**

Tierart: ☐ **Pferd** ☐ **Rind** ☐ **Schaf** ☐ **Ziege**

Leistungsdatum (TT.MM.JJ) : ☐☐.☐☐.☐☐

Bitte für jedes Leistungsdatum und jede Tierart ein neues Formular verwenden!

Gilt nur für die Impfung gegen Coxiellose: ☐ Bestätigung des Tierhaltenden zum Beitritt zum Programm: Bekämpfung der Coxiellose in Wiederkäuerbeständen des Landes Brandenburg

Zahlungsempfängerin/-empfänger

.....
Name, Vorname

Datum/Unterschrift der Zahlungsempfängerin/des Zahlungsempfängers

.....
IBAN

.....
Name der Bank

Die Rechnung des Tierarztes über die Impfung ist zwingend in Kopie beizufügen !

Bestätigung der Impfung durch Tierärztin/ Tierarzt

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
Registriernummer nach ViehverkV

.....
Name, Vorname

Impfstoff

Anzahl geimpfter Tiere:

.....
☐.☐☐☐

.....
☐.☐☐☐

☐.☐☐☐
Gesamtanzahl geimpfter Tiere

Nur für BTV:
Die Impfung wurde im HI-Tier erfasst.

Datum / Unterschrift / Stempel der/s Tierärztin/Tierarztes

Weiterleitung des vollständig ausgefüllten Antrages an die Tierseuchenkasse BB

Informationen zur Datenerhebung, Datenspeicherung und zum Datenschutz finden Sie unter www.tsk-bb.de

1200315804

TSK/Antrag Beihilfe Freiwillige Impfung/Ausgabe: 01.07.2023 / V2 01.07.2024