

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
 Coxiellöse

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 Coxiellöse:

Bestätigung des Tierhaltenden zum Beitritt zum Programm:
 Bekämpfung der Coxiellöse 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

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

