

An die  
Bayerische Tierseuchenkasse  
Postfach 81 02 60  
81902 München



## Antrag auf Zuschuss zu den Gebühren der Impfung gegen das Virus der Blauzungenkrankheit (BTV) der Rinder

|                         |                        |                          |
|-------------------------|------------------------|--------------------------|
| Nachname Tierhalter/-in | Vorname Tierhalter/-in | TSK-Nr. (oder BALIS-Nr.) |
| Straße, Haus-Nr.        |                        | PLZ/ Wohnort             |

Zu den Kosten der Impfung der Rinder gegen BTV in meinem Betrieb beantrage ich einen Zuschuss in Höhe von **1,00 € pro durchgeführte Impfung unter Voraussetzung der vollständigen Beitragszahlung**. Ich habe meine Tierärztin / meinen Tierarzt mit der Durchführung der BTV-Impfungen beauftragt. Es wurden folgende Impfungen durchgeführt:

| Impftag<br>(Tag/Monat/Jahr) | Anzahl der Impfungen |         |         |                               |
|-----------------------------|----------------------|---------|---------|-------------------------------|
|                             | BTV - 3              | BTV - 4 | BTV - 8 | Kombiimpfstoff BTV - 4 u. - 8 |
|                             |                      |         |         |                               |
|                             |                      |         |         |                               |
|                             |                      |         |         |                               |
|                             |                      |         |         |                               |
|                             |                      |         |         |                               |

Ich ermächtige meinen Tierarzt bzw. meine Tierärztin, den Zuschuss bei der Bayerischen Tierseuchenkasse anzufordern. Ich erkläre,

- dass ich keine sonstigen Zahlungen für dieselben beihilfefähigen Kosten erhalte (z.B. Schadenersatz, Haftpflichtansprüche, Tierversicherung), wenn dies 100 % der beihilfefähigen Kosten übersteigen würde;
- dass mir gegenüber keine offene Rückforderungsanordnung der EU-Kommission aufgrund eines früheren Beschlusses der EU-Kommission zur Feststellung der Unzulässigkeit einer Beihilfe und ihrer Unvereinbarkeit mit dem Binnenmarkt besteht.

### Datum und Unterschrift Tierhalter/Tierhalterin

#### Datenschutzhinweis:

Die Bayerische Tierseuchenkasse ist verantwortlich für die Verarbeitung Ihrer Daten aus diesem Formular zu dem oben genannten Zweck. Ausführliche Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten und zu Ihren diesbezüglichen Rechten finden Sie in unserer Datenschutzerklärung unter [www.btsk.de/datenschutz](http://www.btsk.de/datenschutz). Auf Wunsch übersenden wir die Informationen auch in Papierform.

|  |                             |
|--|-----------------------------|
| Tierarzt/Tierärztin (Nachname, Vorname)  | TSK-Nr. Tierarzt/Tierärztin |
| <input type="checkbox"/> Bei <b>Erstantrag</b> oder <b>Änderung Kontoverbindung</b> bitte angeben: |                             |
| IBAN   | BIC                         |

Die Impfungen sind ordnungsgemäß durchgeführt worden. Aus Gründen der unzulässigen Überkompensation von Leistungen versichere ich, dass die tatsächlichen Kosten der Impfung den Zuschuss der Tierseuchenkasse **nicht unterschreiten**. Ich bitte um Überweisung des Zuschusses auf mein Konto.

Stempel

### Datum und Unterschrift Tierarzt/Tierärztin