

**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

