

# Beihilfeantrag [Bovine Virusdiarrhoe/Mucosal Disease]

zur Bekämpfung der BVD/MD



SÄCHSISCHE  
TIERSEUCHENKASSE  
ANSTALT  
DES ÖFFENTLICHEN  
RECHTS

**Der Antrag ist im laufenden Haushaltsjahr einzureichen, spätestens aber bis 30. Juni des Folgejahres!**

## Antragstellendes Unternehmen

Registriernummer:

1	4																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

TSK-Nummer:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Name, Vorname, Firma:

---

Straße, Hausnummer:

---

PLZ, Ort:

---

Entsprechend geltender Leistungssatzung der Sächsischen Tierseuchenkasse beantrage ich für das Jahr ..... Beihilfen zur Impfung gegen die BVD/MD.

Voraussetzung für die Gewährung der Beihilfen ist die Einhaltung der Festlegungen des betrieblichen BVD/MD-Programms auf Grundlage des Landesprogrammes der Sächsischen Tierseuchenkasse zum Schutz von Rinderbeständen vor einer Infektion mit dem Virus der Bovinen Virusdiarrhoe/Mucosal Disease (BVD/MD) und zur Bekämpfung in infizierten Beständen in der geltenden Fassung und der BVDV-Verordnung in der geltenden Fassung.

Eine Kopie der Tierarztrechnung über durchgeführte Impfungen ist dem Antrag beigelegt.

**Ich/Wir erkläre/n, dass ich/wir für die beantragte Leistung keine finanzielle Hilfe von anderen (z. B. Versicherungen, Behörden etc.) beantragt, beantragen werde bzw. erhalten habe.**

**Ich/Wir erkläre/n, dass ich/wir vorsteuerabzugsberechtigt bin/sind:**

ja

nein

Ort, Datum

Unterschrift Tierhalter