

## Beihilfeantrag [Equine Herpesvirusinfektion]

zur Prophylaxe und Bekämpfung der Equinen Herpesvirusinfektion bei Pferden

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

<b>Antragstellendes Unternehmen</b>																						
Registriernummer:	<table border="1"><tr><td>1</td><td>4</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	1	4																			
1	4																					
TSK-Nummer:	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					
Name, Vorname, Firma:	_____																					
Straße, Hausnummer:	_____																					
PLZ, Ort:	_____																					

Entsprechend geltender Beihilfesatzung der Sächsischen Tierseuchenkasse für den Agrarsektor i. V. m. geltender Satzung der näheren Beschlüsse des Verwaltungsrates beantrage/n ich/wir für das Jahr \_\_\_\_ die EHV-Impfkostenbeihilfe. Voraussetzung für die Gewährung der Beihilfen ist die Einhaltung der Festlegungen des Programms der Sächsischen Tierseuchenkasse zur Prophylaxe und Bekämpfung der Equinen Herpes-Virus-Infektion bei Pferden vom 25. Oktober 2005.

Ich/Wir bestätige/n, dass ich/wir alle Pferdehalter meines Betriebes von der Teilnahme an dem Programm informiert habe und dass ich/wir die mir/uns gewährten Beihilfen für alle Pferde des Bestandes mit den Pferdehaltern verrechne.

**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 bestätige/n, dass mein/ unser Unternehmen kein Unternehmen in Schwierigkeiten (im Sinne von RN 35 Nr. 15 der Rahmenregelung der EU für staatliche Beihilfen im Agrar- und Forstsektor und in ländlichen Gebieten (2014/C 204/01) ist und ich/wir bestätige/n, dass falls eine Rückforderungsanordnung (aufgrund eines früheren Beschlusses der EU zur Feststellung der Unzulässigkeit einer Beihilfe und Ihrer Unvereinbarkeit mit dem Binnenmarkt) gegenüber meinem/unserem Unternehmen besteht, mein/ unser Unternehmen dieser nachgekommen ist.**

Ort, Datum

Unterschrift Tierhalter

### Impfbescheinigung durch Tierarzt:

Hiermit wird bestätigt, dass alle Pferde des oben genannten Bestandes mit einem zugelassenen EHV-Impfstoff (Equip EHV, Prevaccinol oder Bioequin H/FH) entsprechend des erstellten Impfplanes geimpft wurden.

Ort, Datum

Unterschrift Tierarzt

### **Datenschutz**

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt zur Beihilfegewährung gemäß § 26 Sächsisches Ausführungsgesetz zum Tiergesundheitsgesetz und den entsprechenden Satzungen der Sächsischen Tierseuchenkasse. Ihre Daten werden nach der Verarbeitung bei der Sächsischen Tierseuchenkasse so lange gespeichert, wie dies unter Beachtung der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen für die jeweilige Aufgabenerfüllung erforderlich ist. Personenbezogene Daten werden bis zur Aufgabe der Tierhaltung aufbewahrt, danach längstens 10 Jahre. Sie haben, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen, ein Recht auf Auskunft, Berichtigung und Löschung oder Einschränkung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit. Weitere Informationen finden Sie in unserer [Datenschutzerklärung](https://www.tsk-sachsen.de/index.php/datenschutz). (<https://www.tsk-sachsen.de/index.php/datenschutz>)

Impfplan zum EHV-Programm für das Jahr \_\_\_\_\_

	Name des Pferdes	Lebensnummer	Name des/-r Pferdehalters/-in	TSK-Nr.	Datum 1. Grundimmunsierung	Datum 2. Grundimmunsierung	Monat Wdhl.-impfung	Monat Wdhl.-impfung	Beihilfebetrug in EUR
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
	<b>Pferde gesamt:</b>						<b>Pferde bei TSK gemeldet:</b>		
							<b>Rückerstattung gesamt in EUR</b>		

Besitzer bzw. Verantwortlicher für den Bestand

Tierarzt

Dr. Hörügel  
Pferdegesundheitsdienst

\_\_\_\_\_  
(Datum und Unterschrift)

\_\_\_\_\_  
(Stempel und Unterschrift)

\_\_\_\_\_  
(Stempel und Unterschrift)

Fortsetzung Impfplan zum EHV-Programm für das Jahr \_\_\_\_\_

	Name des Pferdes	Lebensnummer	Name des/-r Pferdehalters/-in	TSK-Nr.	Datum 1. Grundimmuni-sierung	Datum 2. Grundimmuni-sierung	Monat Wdhl.-impfung	Monat Wdhl.-impfung	Beihilfebetrag in EUR	
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
25										
26										
27										
28										
29										
30										
	<b>Pferde gesamt:</b>						<b>Pferde bei TSK gemeldet:</b>			
							<b>Rückerstattung gesamt in EUR</b>			

Besitzer bzw. Verantwortlicher für den Bestand

Tierarzt

Dr. Hörügel  
Pferdegesundheitsdienst

\_\_\_\_\_  
(Datum und Unterschrift)

\_\_\_\_\_  
(Stempel und Unterschrift)

\_\_\_\_\_  
(Stempel und Unterschrift)