

**Einverständniserklärung
zur Beantragung von Beihilfen bei der Tierseuchenkasse Rheinland-Pfalz**

Für den/die Tierarzt/-ärztin:

Ich versichere, dem Tierhalter die für ihn beantragten Beihilfen nicht in Rechnung zu stellen bzw. nach Erhalt zurückzuerstatten.

Ort, Datum

Unterschrift Tierarzt/-ärztin

Für den/die Tierhalter/-in:

TSKNr.: _____ (Pflichtfeld) / HITNr.:07 _____ (Pflichtfeld)

Name: _____

Ich versichere hiermit, meine fälligen Tierseuchenkassenbeiträge bezahlt zu haben.

Ich ermächtige den/die oben genannten Tierarzt/-ärztin, bis auf Widerruf Beihilfeanträge für in meinem Betrieb erbrachte Leistungen bei der Tierseuchenkasse zu stellen.

Ich weiß, dass die Beihilfen durch die Tierseuchenkasse nur an den/die Tierarzt/-ärztin ausgezahlt werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers / der Antragstellerin

Ausgefülltes und unterschriebenes Formular ist einmalig für den Tierhalter im Abrechnungportal der Tierseuchenkasse zu hinterlegen

Kann als jpg, pdf, tif oder anderes beliebiges Bildformat hochgeladen werden.