

Tierarzt

Name, Vorname

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Reg.-Nr.

Forderungsliste
zur Abrechnung von
Tierseuchenmaßnahmen
zur Bekämpfung der
Blauzungenkrankheit
in Bayern

BT

Tierhalter

An
Tierärztliche Verrechnungsstelle
Nordrhein-Westfalen r.V.
Friedrich-Ebert-Str. 157-159
48153 Münster

Tel. 0251 390073-0
Fax 0251 523059

Name, Vorname

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Reg.-Nr.

MwSt.-Satz
 7 %
 19 %

| Maßnahmen laut Probenliste bzw. Impf.-Dokumentation | | | | | |
|---|----------------------|----------------------|---|--|--|
| Stückabrechnung | | | Stundenabrechnung (nur Ausfüllen bei Rechnungsstellung nach Stunden) | | |
| Impfungen | | | Impfungen | | |
| | | Rinder | Schafe | | |
| GOT-Ziffer / Gebühr | | 602bb 2,30 € | 602d 1,14€ | Rinder | Schafe |
| | | | | 705 §4 (3) * je Zeiteinheit (= 15 Minuten) 35,00 € | 705 §4 (3) * je Zeiteinheit (= 15 Minuten) 35,00 € |
| Lfd. Nr. | Datum | Anzahl [n] | Anzahl [n] | Anzahl [n] | Anzahl [n] |
| 1 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 2 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 3 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 4 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 5 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

zusätzliche Leistungen

| | Anfahrt | Bestandsgebühr | Impfbescheinigung | besonderer Zeitaufwand** | Bearbeitung zum Versand | Verbrauch | Auslagen |
|------------|--|----------------------|----------------------|---------------------------------------|-------------------------|----------------------|----------------------|
| GOT-Ziffer | §9 (2) | 602h | 101 | §7 in Verbindung mit 704 | 302 | §1 (1) | §1 (1) |
| Gebühr | 2,30 € pro dkm mindestens aber 8,60 € | 14,31 € | 3,44 € | je Zeiteinheit (= 15 Min.) 17,18 € | 5,72 € | | |
| Lfd. Nr. | Weg [dkm] | Anzahl [n] | Anzahl [n] | Anzahl [n] | Anzahl [n] | Betrag [€] | Betrag [€] |
| zu 1 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| zu 2 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| zu 3 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| zu 4 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| zu 5 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Hiermit beauftrage ich die Abrechnung oben stehender Leistungen mit dem o. gen. Kunden.

Die Auftragsbedingungen der Verrechnungstelle erkenne ich mit meiner Unterschrift an.

| | |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Ort, Datum | Unterschrift |

* Zeitgebühr gemäß der Vereinbarung der Bundestierärztekammer, Betreuungsvertrag erforderlich
** deutlich erhöhter Zeitbedarf, z.B. Ammenkuhhaltung, mangelhafte Tierfixierung sowie HIT-Verwaltung