

Tierarzt

Vorname, Name

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Reg.-Nr.

Forderungsliste
zur Abrechnung von
Tierseuchenmaßnahmen
zur Bekämpfung der
Blauzungenkrankheit
in Bayern

BT

Tierhalter

Vorname, Name

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Reg.-Nr.

MwSt.-Satz

7%

19%

An die
Tierärztliche Verrechnungsstelle Heide r.V.
Hans-Böckler-Straße 23
25746 Heide

Maßnahmen laut Probenliste bzw. Impf.-Dokumentation					
Stückabrechnung			Stundenabrechnung		
Impfungen			Impfungen		
Rinder		Schafe	Rinder		Schafe
GOT-Ziffer / Gebühr	602bb 2,30 €	602d 1,14€	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 und soweit möglich die Einziehung und Verrechnung von Beihilfen der zuständigen Tierseuchenkasse. Die Auftragsbedingungen der Verrechnungsstelle 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