

Name, Anschrift der/des abrechnenden Tierärztin/Tierarztes
(Stempel)

Datum: _____

Rechnungsnr.: _____

Umsatzsteuer- Identifikationsnr:

Vergütung der Einsatzzeit als amtlich beauftragte/r Tierärztin/Tierarzt bei der Bekämpfung der Afrikanischen Schweinepest im Kreis Steinfurt

hier: Monatliche betriebsbezogene Aufstellung der amtlichen klinischen Untersuchung von Schweinen zum Statusbetrieb / zum Verbringen von Schweinen in einen anderen Betrieb oder zur Schlachtung

Betrieb: _____

Monat/Jahr _____ / _____

Name, Vorname	Betriebskennziffer: DE 05
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort	
Ggf. abweichende Anschrift des Standortes der Tiere:	

Einsatzzeit* ** und Wegstrecken

Als Einsatzzeit gelten nach § 3 Abs. 2 des Rahmenübereinkommens zum Einsatz von Tierärztinnen und Tierärzten im Rahmen der Tierseuchenbekämpfung im Land NRW die Zeiten, in denen die beauftragte Tierärztin bzw. der beauftragte Tierarzt für die zuständige Behörde tätig wird, sowie die Zeiten der An- und Abreise zu Einsatz- und Besprechungsorten. Dazu zählen auch Zeiten für Dokumentation, Vorbereitung von Untersuchungen und Probenahmen sowie Zeiten für Reinigungs- und Desinfektionsmaßnahmen.

Datum	Zeit in der Praxis für Vor- und Nachbereitung (von bis)	Zeit im Betrieb einschl. Hygienemaßnahmen und Dokumentation (von bis)	Dauer	km Hin- und Rückfahrt für Wegegeldberechnung	Gesamtzeit
			Anreise		
			Dauer		
			Abreise		
			Summen		

* im 15- Minuten Takt (je angefangene 15 Minuten)

** von bis Eintragungen erforderlich für etwaige Aufschläge nach § 3 Abs. 1 des Rahmenübereinkommens

Summen

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben. Die Tätigkeiten wurden von mir selbst wahrgenommen. Sie stimmen mit den Eintragungen in der vorgeschriebenen amtlichen Dokumentation der Untersuchungen überein. Während der angegebenen Zeiten wurden ausschließlich hier abrechnungsfähige amtliche Tätigkeiten durchgeführt.

Ort, Datum

Unterschrift der Tierärztin/ des Tierarztes/ der

Berechnung des Überweisungsbetrages

Gesamtzeit einfacher Stundensatz		Std. x _____ €	Vergütung	€	
Gesamtzeit erhöhter Stundensatz*		Std. x _____ €	Vergütung	€	
			Summe	€	
			Umsatzsteuer (19 %)	€	
			Summe Vergütung		
Gesamtstrecke		km x _____ €	Wegegeld	€	
			Umsatzsteuer (19 %)		
			Summe Wegegeld		
*an Samstagen, Sonntagen und Feiertagen, am 24.12. und 31.12. sowie an Wochentagen in der Zeit von 19:00 bis 7:00				Gesamtsumme	€

Die Überweisung soll auf folgendes Konto erfolgen:

Kontoinhaber:		IBAN:	
Verwendungszweck:		(Vorschlag für Verwendungszweck: ASP V - für Verkaufsun- tersuchung - / Betriebskennung / Monat und Jahr)	

Einsenden an

Kreis Steinfurt
- Veterinäramt -
Tecklenburger Str. 10
48565 Steinfurt

Fax: 02551/692900

Bearbeitungsvermerke der Behörde

Abrechnung geprüft:
sachlich und rechnerisch richtig

Steinfurt, den _____

im Auftrag

Eingangsstempel Kreisveterinärbehörde
