

**Einverständniserklärung**  
**zur Beantragung eines Impfzuschusses bei der Hessischen Tierseuchenkasse**

**Angaben Tierarzt:**

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

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Tierarzt

**Angaben Tierhalter:**

TSK-Nr. \_\_\_\_\_ (Pflichtfeld)

HIT-Nr.:06 \_\_\_\_\_ (Pflichtfeld)

Name: \_\_\_\_\_

Ich versichere hiermit, meine fälligen Tierseuchenkassenbeiträge bezahlt zu haben.

Ich ermächtige oben genannten Tierarzt bis auf Widerruf, Beihilfeanträge für in meinem Betrieb erbrachte Leistungen bei der Hessischen Tierseuchenkasse zu stellen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Tierhalter