

**Vertrag über die  
TIERÄRZTLICHE TURNIERBETREUUNG**

**Betr.:**

PS/PLS \_\_\_\_\_ vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**zwischen**

dem Veranstalter

Verein \_\_\_\_\_

Herrn/Frau \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

und dem/der Tierarzt/Tierärztin

Herrn/Frau \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

**I. PRÄAMBEL**

Auf der Grundlage der Leistungs-Prüfungs-Ordnung (LPO § 40) der Deutschen Reiterlichen Vereinigung (FN) und der Bestimmungen für den Bereich der Kommission für Pferdeleistungsprüfungen in Westfalen (§ 5 KLW) in Verbindung mit dem Rahmenvertrag zwischen der Tierärztekammer Westfalen-Lippe und dem Provinzialverband vom.....wird zwischen dem Veranstalter und dem Tierarzt/der Tierärztin folgende Vereinbarung über die tierärztliche Betreuung der teilnehmenden Pferde bei der o.g. PLS/WBO getroffen.

## II. PFLICHTEN DES TIERARZTES/TIERÄRZTIN

- 1.1. Der/die unterzeichnende Tierarzt/Tierärztin übernimmt hiermit die tierärztliche Turnierbetreuung für die o. g. PLS. Bei der Vereinbarung über die ständige Anwesenheit beginnt die Anwesenheit ½ Stunde vor dem Start der 1. Prüfung und endet ½ Stunde nach Ende der letzten Siegerehrung. Die tierärztliche Turnierbetreuung schließt die Durchführung von Pferdekontrollen/Pferdepasskontrollen sowie ggfls. Verfassungsprüfungen ein.
- 1.2. Der/die unterzeichnende Tierarzt/Tierärztin erklärt, dass er/sie Erfahrungen im Umgang mit und in der tierärztlichen Behandlung von Pferden hat und sich regelmäßig auf dem Gebiet Pferd und Pferdesport im Rahmen von der FN, TK, BpT/GPM, K LW bzw. der Akademie für tierärztliche Fortbildung (ATF) angebotenen und/oder anerkannten Seminaren fortbildet.
- 1.3. Der/die Tierarzt/Tierärztin erkennt die Leistungs-Prüfungs-Ordnung (LPO) der Deutschen Reiterlichen Vereinigung (FN) sowie die Bestimmungen für den Bereich der Kommission für Pferdeleistungsprüfungen (KLW) in der jeweils gültigen Fassung als verbindlich an.

## III. AUFWANDESENTSCHÄDIGUNG DES/DER TIERARZTES/TIERÄRZTIN

Am _____	= _____ Stunde/n	x	30,00 €	_____ €
am _____	= ____ halber Tag/e	x	117,60 €	_____ €
	(durchschnittlich ca. 5 Std.)			
am _____	= ganzer Tag(e)	x	235,20 €	_____ €
	(durchschnittlich ca. 10 Std.)			
am _____	= ganzer Tag	x	352,80 €	_____ €
	mit Abendveranstaltung (Beginn ca. 19.00/20.00 Uhr)			
Medikationskontrolle(n)	_____ Probe/n	x	28,00 €	_____ €
	(je Probe)			
Fahrtkosten je gefahrenen Kilometer	_____	x	0,30 €	_____ €
zuzüglich gesetzliche Mehrwertsteuer				_____ €
<b>Summe</b>				_____ €

**Hinweis: Nichtzutreffendes bitte streichen!**

**Die Abrechnung soll über eine tierärztliche Verrechnungsstelle erfolgen**

JA

Nein

#### **IV. WEITERGEHENDE TIERÄRZTLICHE LEISTUNGEN**

auf Bitten von Teilnehmern, Pflegern usw. werden gemäß Gebührenordnung für Tierärzte zu Lasten des betreffenden Pferdebesitzers berechnet.

#### **V. STELLVERTRETER/IN**

Für den Fall seiner Verhinderung verpflichtet sich der/die unterzeichnende Tierarzt/ärztin einen Stellvertreter/in zu benennen:

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

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
**(Veranstalter)**

\_\_\_\_\_  
**(Tierarzt/Tierärztin)**