**Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

 **Rechnungsnr.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Umsatzsteuer- Identifikationsnr:**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Vergütung der Einsatzzeit als amtlich beauftragte/r Tierärztin/Tierarzt bei der Bekämpfung der Afrikanischen Schweinepest bei Wildschweinen im Kreis/in der Stadt \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**hier:**

**Amtliche klinische Untersuchung von Schweinen in einem Betrieb als Voraussetzung zum Verbringen von Schweinen in einen anderen Betrieb oder zur Schlachtung**

**Monatliche betriebsbezogene Aufstellung**

**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** **Anreise** | **km Hin- und Rückfahrt** für Wegegeld-berechnung | **Gesamtzeit** |
| Dauer Abreise |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| **\*** 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** |  |
|  |  |   | **Gesamtsumme** | € |

\*an Samstagen, Sonntagen und Feiertagen, am 24.12. und 31.12. sowie an Wochentagen in der Zeit von 19:00 bis 7:00

Die Überweisung soll auf folgendes Konto erfolgen:

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Verwendungszweck: (Vorschlag: ASP V - für Verkaufsuntersuchung - / Betriebskennung / Monat und Jahr)

**Bearbeitungsvermerke der Behörde**

 Eingangsstempel Kreisveterinärbehörde

Vermerke (z.B. sachl. und rechn. richtig)

Verfügungspunkte

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift