



**tgD**

**NÖ TIERGESUNDHEITSDIENST**

**NÖ Tiergesundheitsdienst**

**Geschäftsstelle:** Landhausplatz 1, 3109 St. Pölten

**Büro:** Tor zum Landhaus, Stiege B,

Rennbahnstraße 29, 3109 St. Pölten

Tel. 02782/84109 Telefax 02782/81035

**Labor :** Schillerring 13, 3130 Herzogenburg

Tel. 02782/84109, Telefax 02782/81035-20

E-Mail: [office@noe-tgd.at](mailto:office@noe-tgd.at) Homepage: [www.noe-tgd.at](http://www.noe-tgd.at)

**Ansuchen um Kostenzuschuss im Rahmen des geförderten  
Qualitätssicherungs- und Qualitätsverbesserungsprogramm  
in der Rinderhaltung  
2022 (bis spätestens 15. Juli 2022)**

**Persönliche Angaben**

LFBIS:.....

Mitglied beim AMA Gütesiegel

Vorname:.....

oder

Nachname:.....

gleich- oder höherwertiges  
Qualitätssicherungsprogramm:

Adresse (Straße, PLZ, Ort):

.....

.....

E-Mail:.....

Tiergesundheitsprogramm:

FAX:.....

.....

**Angaben zu den Untersuchungen**

Im Rahmen des geförderten Qualitätssicherungs- und Qualitätsverbesserungsprogramm in der Rinderhaltung wurden über meinen Betreuungstierarzt folgende Anzahl Rinder behandelt.

Betreuungstierarzt: (Name, Anschrift)

.....

Anzahl Rinder: (maximal 200 Stück) im Programmzeitraum 2021/2022	Beantragter Kostenzuschuss (€ 2 pro Tier)

Der Rückseite des Formulars ist eine detaillierte Aufstellung der gegen Parasiten behandelten Tiere zu entnehmen.

**Angaben zur Auszahlung**

**IBAN:**..... **BIC:**.....

Ich erkläre mit meiner Unterschrift, Mitglied des NÖ Tiergesundheitsdienstes zu sein und die Richtlinien des Qualitätssicherungsprogramms zur Verbesserung der Tiergesundheit in der Rinderhaltung 2021/2022 in der geltenden Fassung eingehalten zu haben.

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass der/die Antragstellerin für die Richtigkeit der Angaben haftet und dem NÖ Tiergesundheitsdienst für den Fall unrichtiger Angaben ein Rückforderungsanspruch zusteht.

.....  
Unterschrift Tierhalter:

.....  
Datum:

.....  
Unterschrift Betreuungstierarzt:

**Bitte beachten Sie, dass nur vollständige Anträge bearbeitet werden können!**

Beilage 2

LFBIS:

Name:

**Gefördertes Parasiten-Bekämpfungsprogramm für Rinder**  
**Beilage 1 zum Antrag auf Kostenzuschuss**

<b>ANZAHL DER BEHANDELTEN TIERE</b>	<b>OHRMARKE</b>	<b>ALTER IN MONATEN</b> Zum Zeitpunkt der Behandlung
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		
21.		
22.		
23.		
24.		
25.		
26.		
27.		
28.		
29.		
30.		
31.		
32.		
33.		
34.		
35.		
36.		

LFBIS:

Name:

---

37.		
38.		
39.		
40.		
41.		
42.		
43.		
44.		
45.		
46.		
47.		
48.		
49.		
50.		
51.		
52.		
53.		
54.		
55.		
56.		
57.		
58.		
59.		
60.		
61.		
62.		
63.		
64.		
65.		
66.		
67.		
68.		
69.		
70.		
71.		
72.		
73.		
74.		
75.		
76.		
77.		
78.		