

Verlängerung der Teilnahme am MAP-Verminderungsprogramm

Betrieb/Name/Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon-Nr.: _____

Betriebsregistriernummer: _____

Seuchenhygienische Einheit mit Reg.-Nr.: _____

Am _____ * endet meine Teilnahmeverpflichtung am Nieders. MAP-Verminderungsprogramm.

Verlängerung der Verpflichtung

Um die Paratuberkulosebekämpfung in meinem Bestand weiter effektiv fortzusetzen und weiterhin Beihilfen für Tierverluste und Beratung in Anspruch nehmen zu können, verlängere ich hiermit meine Teilnahme am MAP-Verminderungsprogramm der Nieders. Tierseuchenkasse **um ein Jahr**.

Im Anschluss, **verlängert sich** meine Teilnahme **jährlich um weitere 12 Monate**, bis eine **schriftliche Kündigung bei der Nieders. Tierseuchenkasse eingegangen** ist.

Ich verpflichte mich weiterhin die in der Anlage 2 der Beihilfesatzung der Tierseuchenkasse genannten Maßnahmen zu beachten und durchzuführen.

Mir ist bekannt, dass die Nieders. Tierseuchenkasse bei Nichteinhaltung der in Anlage 2 genannten Maßnahmen, die erbrachten Leistungen zurückfordern kann.

Ort, Datum.....

Unterschrift.....

Name.....

*Enddatum der 5-jährigen Teilnahme