

**Adresse:**

**Registriernummer:**

**Beitrittserklärung zum  
freiwilligen Programm der Tierseuchenkasse Sachsen-Anhalt zur Bekämpfung der  
Schnüffelkrankheit (Progressive Rhinitis atrophicans, PRa) in den Schweinezuchtbe-  
ständen Sachsen-Anhalts**

Hiermit schließe ich mich dem o. a. freiwilligen Programm der Tierseuchenkasse Sachsen-Anhalt zur Bekämpfung der Schnüffelkrankheit (Progressive Rhinitis atrophicans, PRa) an.

Ich verpflichte mich, dem Tiergesundheitsdienst (TGD) der Tierseuchenkasse Sachsen-Anhalt die im Rahmen des Programms anfallenden Untersuchungsergebnisse sowie etwaige, aufgrund tierärztlicher Untersuchungen außerhalb des Programms erhobene Befunde von Untersuchungen auf PRa bekanntzugeben. Für die Information über den PRa-Status bzw. Bekämpfungsmaßnahmen im meinem Bestand gegenüber meinen Handelspartnern bin ich selbst verantwortlich.

Es ist mir bekannt, dass ich Anspruch auf die diesbezüglich von der Tierseuchenkasse Sachsen-Anhalt gewährte Beihilfe nur bei Einhaltung der durch den Tiergesundheitsdienst der Tierseuchenkasse in Zusammenarbeit mit dem betreuenden Hoftierarzt festgelegten Maßnahmen habe und anderenfalls Rückforderungsansprüche der Tierseuchenkasse bestehen.

Die tierärztliche Betreuung meines Schweinebestandes erfolgt durch:

Adresse/Unterschrift  
Hoftierarzt

Unterschrift  
Tierhalter