

Hoftierarztvollmacht und datenschutzrechtliche Einwilligung im Rahmen der Tierseuchenbekämpfung

- Hiermit erteile ich **Vollmachtgeber** (Tierhalter):
- Hiermit widerrufe ich **Vollmachtgeber** (Tierhalter):

Name, Vorname/Firma: _____

Straße: _____

PLZ Ort: _____

Registriernummer: _____

dem **Bevollmächtigten** (betreuender Tierarzt):

— Name, Vorname/Firma: _____

Straße: _____

PLZ Ort: _____

Registriernummer: _____

ab dem _____ eine Vollmacht für

- die Abfrage folgender im Zusammenhang mit Tierseuchenbekämpfungsverfahren erhobenen und in der zentralen Datenbank des HI-Tier gespeicherten Daten: Registriernummer und Anschrift des Vollmachtgebers, Bestandsregister, Untersuchungsantrag, Untersuchungsergebnisse, Gesundheitsstatus von Tieren und Impfdaten.
- die Eingabe von Untersuchungsergebnissen und Impfungen im Zusammenhang mit Tierseuchenbekämpfungsverfahren.

Die Vollmacht darf vom Bevollmächtigten nur im Rahmen von Tierseuchenbekämpfungsverfahren genutzt werden.

Der Bevollmächtigte ist verpflichtet, seine PIN nur selbst zu verwenden und zu verhindern, dass sie anderen Personen zugänglich ist. Es ist untersagt, Daten unbefugt zu einem anderen als dem zur jeweiligen Aufgabenerfüllung gehörenden Zweck zu verarbeiten, bekannt zu geben, zugänglich zu machen oder sonst zu nutzen. Diese Pflichten und Verbote bestehen auch nach Beendigung der Tätigkeit.

Die Vollmacht kann jederzeit widerrufen werden. Der Widerruf muss der Regionalstelle schriftlich mitgeteilt werden.

Die Kosten für die Einrichtung, Änderung oder den Widerruf einer Vollmacht sind vom Vollmachtgeber zu tragen, sofern dieser nicht gleichzeitig eine schriftliche Kostenübernahme-Erklärung des Vollmachtnehmers (s.u. oder auf einem separaten Sammelformular) vorlegt. Es wird die Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandates (Seite 2) empfohlen, da andernfalls Zusatzkosten bei Versand und Postnachnahme entstehen.

Ort, Datum

Unterschrift des Vollmachtgebers / Tierhalters

Das Original dieser Vollmacht bleibt beim Bevollmächtigten, der Vollmachtgeber und die Adressdatenstelle erhalten jeweils eine Kopie.

Für den Fall, dass der Vollmachtgeber die Kosten für die Einrichtung / Änderung / Stornierung der Vollmacht nicht übernimmt, bestätigen Sie bitte folgende Angabe:

Ich, der Vollmachtnehmer (Bevollmächtigter), übernehme die Kosten der hier beantragten Einrichtung / Änderung / Widerrufung einer Vollmacht.

Ort, Datum

Unterschrift des Vollmachtnehmers / Tierarztes

SEPA-Lastschriftmandat

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers

Vereinigte Informationssysteme
 Tierhaltung w. V. (vit)
 Heinrich-Schröder-Weg 1
 27283 Verden

Name und Anschrift des Zahlungspflichtigen

Registriernummer: _____

Kundennummer: _____

Name, Vorname/Firma: _____

Straße: _____

PLZ Ort: _____

Ich (wir) ermächtige(n) den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Dies gilt für alle durch **vit** erbrachten Leistungen. Ausgenommen sind Leistungen, die ausschließlich per Nachnahme abgerechnet werden (z. B. Ersatz-PIN). Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf meinem (unserem) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Gläubiger-Identifikationsnummer:
 (Zahlungsempfänger)

DE95VIT00000439027

Vorname und Name (Kontoinhaber): _____

IBAN (Kontoinhaber):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Name Kreditinstitut (Kontoinhaber): _____

SWIFT BIC (Kontoinhaber):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Mandatsreferenz (Zahlungspflichtiger): – wird mitgeteilt –

Hinweis: Ich kann (Wir können) innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

 Ort, Datum

 Unterschrift