



Rücksendung an:

**Landesbetrieb Landwirtschaft Hessen**  
**Bieneninstitut Kirchhain**  
 -AFB-Monitoring-  
 Erlenstr. 9  
 35274 Kirchhain

<b>Adresse Probeneinsender*in</b> <b>Name:</b>	<b>Ortsimkerverein Nummer <u>und</u> Name:</b>
<b>Straße / Hausnr.:</b>	<b>Telefon:</b>
<b>PLZ / Ort:</b>	<b>Email:</b>
<b>Anbei sende ich      Proben (Anzahl) von      Imker*innen (Anzahl) mit jeweils ausgefüllten Begleitprotokollen.</b>	
Bitte beachten sie, dass nur Proben mit <b>vollständig ausgefülltem</b> Begleitprotokoll bearbeitet werden können. Dazu sind auch die <b><u>Unterschriften und Registernummern (Veterinäramt) der jeweiligen Imker*innen</u></b> erforderlich.	

Zum Erhalt der Förderung für das AFB-Monitoring durch die EU und das Land Hessen stimme ich mit meiner Unterschrift in folgender Tabelle einer Vor-Ort-Kontrolle zum Abgleich der gemeldeten Bienenvölker, Stand 31.10. jeden Jahres, zu und versichere die Richtigkeit der gemachten Angaben. Der Umfang der Förderung richtet sich nach den zugewiesenen Kontingenten.				
<b>Mitglied im Landesverband Hess. Imker:</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, Anzahl gehaltener Völker:	<b>Name Imker*in:</b>	<b>Entnahmedatum:</b>	<b>Probennr.:</b>	<b>Ort, Datum:</b>
			<b>Wurde gefüttert?</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
	<b>Adresse:</b>	<b>Bienenstand:</b>	<b>Völker je Probe:</b>	
<b>Wohnhaft in Hessen:</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				
<b>Registernummer §1a BienSeuchV:</b> <b>(zwingend erforderlich)</b>		<b>Gesundheitszustand / Anmerkungen:</b>		

Zum Erhalt der Förderung für das AFB-Monitoring durch die EU und das Land Hessen stimme ich mit meiner Unterschrift in folgender Tabelle einer Vor-Ort-Kontrolle zum Abgleich der gemeldeten Bienenvölker, Stand 31.10. jeden Jahres, zu und versichere die Richtigkeit der gemachten Angaben. Der Umfang der Förderung richtet sich nach den zugewiesenen Kontingenten.

<b>Mitglied im Landesverband Hess. Imker:</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, Anzahl gehaltener Völker:	<b>Name Imker*in:</b>  <b>Adresse:</b>	<b>Entnahmedatum:</b>  <b>Bienenstand:</b>	<b>Probennr.:</b>	<b>Ort, Datum:</b>  <b>Unterschrift:</b>
			<b>Wurde gefüttert?</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<b>Wohnhaft in Hessen:</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<b>Völker je Probe:</b>			
<b>Registernummer §1a BienSeuchV:</b> (zwingend erforderlich)		<b>Gesundheitszustand / Anmerkungen:</b>		

Zum Erhalt der Förderung für das AFB-Monitoring durch die EU und das Land Hessen stimme ich mit meiner Unterschrift in folgender Tabelle einer Vor-Ort-Kontrolle zum Abgleich der gemeldeten Bienenvölker, Stand 31.10. jeden Jahres, zu und versichere die Richtigkeit der gemachten Angaben. Der Umfang der Förderung richtet sich nach den zugewiesenen Kontingenten.

<b>Mitglied im Landesverband Hess. Imker:</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, Anzahl gehaltener Völker:	<b>Name Imker*in:</b>  <b>Adresse:</b>	<b>Entnahmedatum:</b>  <b>Bienenstand:</b>	<b>Probennr.:</b>	<b>Ort, Datum:</b>  <b>Unterschrift:</b>
			<b>Wurde gefüttert?</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<b>Wohnhaft in Hessen:</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<b>Völker je Probe:</b>			
<b>Registernummer §1a BienSeuchV:</b> (zwingend erforderlich)		<b>Gesundheitszustand / Anmerkungen:</b>		

<p>Zum Erhalt der Förderung für das AFB-Monitoring durch die EU und das Land Hessen stimme ich mit meiner Unterschrift in folgender Tabelle einer Vor-Ort-Kontrolle zum Abgleich der gemeldeten Bienenvölker, Stand 31.10. jeden Jahres, zu und versichere die Richtigkeit der gemachten Angaben. Der Umfang der Förderung richtet sich nach den zugewiesenen Kontingenten.</p>				
<b>Mitglied im Landesverband Hess. Imker:</b>  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, Anzahl gehaltener Völker:	<b>Name Imker*in:</b>	<b>Entnahmedatum:</b>	<b>Probennr.:</b>	<b>Ort, Datum:</b>  <b>Unterschrift:</b>
			<b>Wurde gefüttert?</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<b>Wohnhaft in Hessen:</b>  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<b>Adresse:</b>	<b>Bienenstand:</b>	<b>Völker je Probe:</b>	
	<b>Registernummer §1a BienSeuchV:</b> (zwingend erforderlich)			

<p>Zum Erhalt der Förderung für das AFB-Monitoring durch die EU und das Land Hessen stimme ich mit meiner Unterschrift in folgender Tabelle einer Vor-Ort-Kontrolle zum Abgleich der gemeldeten Bienenvölker, Stand 31.10. jeden Jahres, zu und versichere die Richtigkeit der gemachten Angaben. Der Umfang der Förderung richtet sich nach den zugewiesenen Kontingenten.</p>				
<b>Mitglied im Landesverband Hess. Imker:</b>  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, Anzahl gehaltener Völker:	<b>Name Imker*in:</b>	<b>Entnahmedatum:</b>	<b>Probennr.:</b>	<b>Ort, Datum:</b>  <b>Unterschrift:</b>
			<b>Wurde gefüttert?</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<b>Wohnhaft in Hessen:</b>  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<b>Adresse:</b>	<b>Bienenstand:</b>	<b>Völker je Probe:</b>	
	<b>Registernummer §1a BienSeuchV:</b> (zwingend erforderlich)			

<p>Zum Erhalt der Förderung für das AFB-Monitoring durch die EU und das Land Hessen stimme ich mit meiner Unterschrift in folgender Tabelle einer Vor-Ort-Kontrolle zum Abgleich der gemeldeten Bienenvölker, Stand 31.10. jeden Jahres, zu und versichere die Richtigkeit der gemachten Angaben. Der Umfang der Förderung richtet sich nach den zugewiesenen Kontingenten.</p>				
<b>Mitglied im Landesverband Hess. Imker:</b>  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, Anzahl gehaltener Völker:	<b>Name Imker*in:</b>  	<b>Entnahmedatum:</b>  	<b>Probennr.:</b>  	<b>Ort, Datum:</b>  <b>Unterschrift:</b>
			<b>Wurde gefüttert?</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<b>Wohnhaft in Hessen:</b>  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<b>Adresse:</b>  	<b>Bienenstand:</b>  	<b>Völker je Probe:</b>  	
<b>Registernummer §1a BienSeuchV:</b> (zwingend erforderlich)		<b>Gesundheitszustand / Anmerkungen:</b>  		

<p>Zum Erhalt der Förderung für das AFB-Monitoring durch die EU und das Land Hessen stimme ich mit meiner Unterschrift in folgender Tabelle einer Vor-Ort-Kontrolle zum Abgleich der gemeldeten Bienenvölker, Stand 31.10. jeden Jahres, zu und versichere die Richtigkeit der gemachten Angaben. Der Umfang der Förderung richtet sich nach den zugewiesenen Kontingenten.</p>				
<b>Mitglied im Landesverband Hess. Imker:</b>  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, Anzahl gehaltener Völker:	<b>Name Imker*in:</b>  	<b>Entnahmedatum:</b>  	<b>Probennr.:</b>  	<b>Ort, Datum:</b>  <b>Unterschrift:</b>
			<b>Wurde gefüttert?</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<b>Wohnhaft in Hessen:</b>  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<b>Adresse:</b>  	<b>Bienenstand:</b>  	<b>Völker je Probe:</b>  	
<b>Registernummer §1a BienSeuchV:</b> (zwingend erforderlich)		<b>Gesundheitszustand / Anmerkungen:</b>  		