## Landesbetrieb Landwirtschaft Hessen

Rücksendung an:

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



Adresse Probeneinsender*in Name:		Ortsimkerverein Nummer <u>und</u> Name:		
Straße / Hausnr.:		Telefon:		
PLZ / Ort:		Email:		
Anbei sende ich Begleitprotokoller	Proben (Anzahl) vo ı.	n Imker*innen (	Anzahl) mit jeweils	ausgefüllten
	ass nur Proben mit <u>vollstän</u> terschriften und Registernu		=	
Unterschrift in folgend 31.10. jeden Jahres, zu	ung für das AFB-Monitoring der Tabelle einer Vor-Ort-Ko u und versichere die Richtig zugewiesenen Kontingenter	ntrolle zum Abgleich de keit der gemachten An	er gemeldeten Bienenvö	ilker, Stand
Mitglied im	Name Imker*in:	Entnahmedatum:	Probennr.:	Ort, Datum:
Landesverband				
Hess Imker:			Wurde gefüttert?	
Hess. Imker:			Wurde gefüttert?  ☐ Ja	Unterschrift:
□ Ja				Unterschrift:
	Adresse:	Bienenstand:	□ Ja	Unterschrift:
□ Ja □ Nein, Anzahl	Adresse:	Bienenstand:	□ Ja □ Nein	Unterschrift:

meiner Unterschrift in Stand 31.10. jeden Jah	rung für das AFB-Monitorion folgender Tabelle einer Vonres, zu und versichere die n nach den zugewiesenen l	or-Ort-Kontrolle zum Abç e Richtigkeit der gemach	gleich der gemeldeten B	ienenvölker,
Mitglied im Landesverband Hess. Imker:	Name Imker*in:	Entnahmedatum:	Probennr.: Wurde gefüttert?	Ort, Datum:
□ Ja □ Nein, Anzahl			□ Ja □ Nein	Unterschrift:
gehaltener Völker:	Adresse:	Bienenstand:	Völker je Probe:	
Wohnhaft in Hessen:				
□ Ja □ Nein				
Registernummer §1a BienSeuchV: (zwingend erforderlich)		Gesundheitszustand / Anmerkungen:		
Unterschrift in folgend 31.10. jeden Jahres, z	rung für das AFB-Monitorii der Tabelle einer Vor-Ort-K u und versichere die Richt zugewiesenen Kontingent	ontrolle zum Abgleich d igkeit der gemachten An	er gemeldeten Bienenvö	lker, Stand
Mitglied im Landesverband	Name Imker*in:	Entnahmedatum:	Probennr.:	Ort, Datum:
Hess. Imker:  □ Ja □ Nein, Anzahl			Wurde gefüttert?  ☐ Ja ☐ Nein	Unterschrift:
gehaltener Völker:	Adresse:	Bienenstand:	Völker je Probe:	
Wohnhaft in Hessen:  □ Ja □ Nein				
	r §1a BienSeuchV:	Gesundheitszustai	nd / Anmerkungen:	

7 Fub alt dan Fända	uma film des AFD Memiteni	nor direct die Ellissed des	. Land Haasan atimoma is	la maid manaiman
	rung für das AFB-Monitori der Tabelle einer Vor-Ort-k	_		
	u und versichere die Richt			
_	zugewiesenen Kontingent	_	igasoni soi onnang aoi	. ordording
	Name Imker*in:	Entnahmedatum:	Probennr.:	Ort Dotum:
Mitglied im	Name miker m.	Enthamnedatum.	Probeilli	Ort, Datum:
Landesverband			Munda mafiittant?	
Hess. Imker:			Wurde gefüttert?	
□ Ja			□ Ja	Unterschrift:
			☐ Nein	
□ Nein, Anzahl	Adama	Diamanatanah	William in Dunkan	
gehaltener Völker:	Adresse:	Bienenstand:	Völker je Probe:	
Wohnhaft in				
Hessen:				
пеззеп.				
□ Ja □ Nein				
		Gesundheitszusta	nd / Anmerkungen:	
Registernumme	r §1a BienSeuchV:	Ocsariancitszasta	na / Aminerkangem.	
	-			
(zwingend	d erforderlich)			
		1		
	6" I AED II II			
	rung für das AFB-Monitori der Tabelle einer Vor-Ort-k	_		
_	u und versichere die Richt		_	
_	zugewiesenen Kontingent	_	igasoni soi onnang aoi	. ordording
			B	0.1.0.1
Mitglied im	Name Imker*in:	Entnahmedatum:	Probennr.:	Ort, Datum:
Landesverband			10/ 1 6/1/ 10	
Hess. Imker:			Wurde gefüttert?	
□ Ja			□ Ja	Unterschrift:
			□ Nein	
☐ Nein, Anzahl				
gehaltener Völker:	Adresse:	Bienenstand:	Völker je Probe:	
Websettis	_			
Wohnhaft in				
Haccani				
Hessen:				
□ Ja □ Nein				
		Gosundhoiteauete	nd / Anmorkungon	
□ Ja □ Nein	r 81a RienSeuchV	Gesundheitszusta	nd / Anmerkungen:	
□ Ja □ Nein  Registernumme	r §1a BienSeuchV:	Gesundheitszusta	nd / Anmerkungen:	
□ Ja □ Nein  Registernumme	r §1a BienSeuchV:	Gesundheitszusta	nd / Anmerkungen:	
□ Ja □ Nein  Registernumme		Gesundheitszusta	nd / Anmerkungen:	

7 Fub alt dan Fända	uma film des AFD Memiteni	nor direct die Ellissed des	. Land Haasan atimoma is	la maid manaiman
	rung für das AFB-Monitori der Tabelle einer Vor-Ort-k	_		
	u und versichere die Richt			
_	zugewiesenen Kontingent	_	igasoni soi onnang aoi	. ordording
	Name Imker*in:	Entnahmedatum:	Probennr.:	Ort Dotum:
Mitglied im	Name miker m.	Enthamnedatum.	Probeilli	Ort, Datum:
Landesverband			Munda mafiittant?	
Hess. Imker:			Wurde gefüttert?	
□ Ja			□ Ja	Unterschrift:
			☐ Nein	
□ Nein, Anzahl	Adama	Diamanatanah	William in Dunkan	
gehaltener Völker:	Adresse:	Bienenstand:	Völker je Probe:	
Wohnhaft in				
Hessen:				
пеззеп.				
□ Ja □ Nein				
		Gesundheitszusta	nd / Anmerkungen:	
Registernumme	r §1a BienSeuchV:	Ocsariancitszasta	na / Aminerkangem.	
	-			
(zwingend	d erforderlich)			
		1		
	6" I AED II II			
	rung für das AFB-Monitori der Tabelle einer Vor-Ort-k	_		
_	u und versichere die Richt		_	
_	zugewiesenen Kontingent	_	igasoni soi onnang aoi	. ordording
			D	0.1.0.1
Mitglied im	Name Imker*in:	Entnahmedatum:	Probennr.:	Ort, Datum:
Landesverband			10/ 1 6/1/ 10	
Hess. Imker:			Wurde gefüttert?	
□ Ja			□ Ja	Unterschrift:
			□ Nein	
☐ Nein, Anzahl				
gehaltener Völker:	Adresse:	Bienenstand:	Völker je Probe:	
Websettis	_			
Wohnhaft in				
Haccani				
Hessen:				
□ Ja □ Nein				
		Gosundhoiteauete	nd / Anmorkungon	
□ Ja □ Nein	r 81a RienSeuchV	Gesundheitszusta	nd / Anmerkungen:	
□ Ja □ Nein  Registernumme	r §1a BienSeuchV:	Gesundheitszusta	nd / Anmerkungen:	
□ Ja □ Nein  Registernumme	r §1a BienSeuchV:	Gesundheitszusta	nd / Anmerkungen:	
□ Ja □ Nein  Registernumme		Gesundheitszusta	nd / Anmerkungen:	