HESSEN

Rücksendung an:

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

Adresse Proben-Einsender**:**

Name:.....

Straße:_____

PLZ / Ort:.....

Telefon:.....

Email:.....

Kreisimkerverein- Nr.:	Vereinsname:
Ortsimkerverein- Nr.:	Vereinsname:

Zum Erhalt der Förderung für das AFB-Monitoring durch die EU und das Land Hessen stimme ich als Mitglied des Landesverbandes mit meiner Unterschrift in folgender Tabelle einer Vor-Ort-Kontrolle zum Abgleich der gemeldeten Bienenvölker, Stand 31.10. jeden Jahres, zu. Der Auftrag erfolgt auf Rechnung des Landesverband Hessischer Imker e.V. Ebenso ist mir bekannt, dass die Daten im Rahmen dieser Untersuchung gespeichert werden.

Probe n Nr.	Name des Imkers	Telefon	PLZ/ Wohnort Straße/ Hausnr. Bienenstand	Entnahme-datum	Wurde bereits gefüttert?	Völker je Probe	Gesundheitszustand/ Bemerkungen	Ort/ Datum/ Unterschrift

Bitte beachten sie, dass nur Proben mit **vollständig ausgefülltem** Begleitprotokoll bearbeitet werden können. Dazu sind auch die **Unterschriften der jeweiligen Imker** zwingend erforderlich.