

Stadt Weiden i. d. OPf.
Abteilung für Veterinärwesen und Verbraucherschutz
Dr.-Pfleger-Str. 15
92637 Weiden i. d. OPf.

per Fax 0961 / 81-38 05
Per Mail veterinaerwesen@weiden.de

Vollzug der Bienenseuchenverordnung

.....
Name, Vorname Postadresse

.....
Telefon, Handy Mail

Ich habe die Bienenhaltung seit dem aufgegeben.
Datum

Ich halte momentan noch Bienen, werde die Haltung aber bis zum
aufgeben. Datum

Anzahl der Völker:

Standort/e der Völker:

.....

Honig: Eigenverbrauch

Abgabe / Verkauf an

.....

Meine Bienen werden von folgender **Tierärztin** / folgendem **Tierarzt** betreut:

.....
Name, Vorname Adresse

Ich halte Bienen und beabsichtige nicht, die Haltung in naher Zukunft aufzugeben.

Anzahl der Völker:

Standort/e der Völker:

.....

Honig: Eigenverbrauch

Abgabe / Verkauf an

.....

Meine Bienen werden von folgender **Tierärztin** / folgendem **Tierarzt** betreut:

.....
Name, Vorname Adresse

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift