

Stadt Weiden i.d.OPf.
Abt. 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 Registriernummer (vom AELF)

- Ich habe die Bienenhaltung seit dem (*Datum*) aufgegeben.
- Ich halte momentan noch Bienen, werde die Haltung aber bis zum (*Datum*)aufgeben.
- Ich halte Bienen und beabsichtige nicht, die Haltung in naher Zukunft aufzugeben.

Standort (genaue Adresse oder Koordinaten)	Anzahl der Völker am Standort	Ganzjährige oder saisonale Nutzung (Zeitraum)

Ort der **Verarbeitung** (Honigschleuder, Abfüllung):

.....
Adresse

Abgabe von Honig:

- Eigenverbrauch (nur im eigenen Haushalt, keine Abgabe an Verwandte/Bekannte außerhalb des eigenen Haushaltes)
- Abgabe / Verkauf an Endverbraucher und lokalen Einzelhandel
- Abgabe / Verkauf an sonstige (genaue Bezeichnung).....

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift