Absender:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[Bezirkshauptmannschaft Kitzbühel](https://www.tirol.gv.at/telefonbuch/bww/organisationseinheit/oe/300151/ag/0/)

Veterinärangelegenheiten

[Josef-Herold-Straße 10](https://portal.tirol.gv.at/weboffice/tirisMaps/login_pvp.jsp?user=guest&project=tmap_master&query=q_adresse&keyname=ADRKEY&keyvalue=7041101359" \o "tiris-Lageplan" \t "_blank)

[A-6370 Kitzbühel](https://portal.tirol.gv.at/weboffice/tirisMaps/login_pvp.jsp?user=guest&project=tmap_master&query=q_adresse&keyname=ADRKEY&keyvalue=7041101359" \o "tiris-Lageplan" \t "_blank)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,am\_\_.\_\_.20\_\_

**Gesetzliche Meldung auf Grund des Bienenseuchengesetzes**

Ich möchte hiermit folgende Krankheit im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen des Bienenseuchengesetzes melden. *(zutreffendes ankreuzen)*

*□ bösartige Faulbrut (Amerikanische Faulbrut)*

*□ Befall mit dem kleinen Bienenstockkäfer ( Aethina tumida)*

*□ Befall mit der Tropilaelapsmilbe (Tropilaelaps spp.)*

*□ seuchenhaftes Auftreten von Varroose*

*□ drohendes oder erfolgtes Absterben von mindestens 30% der Völker eines Bienenstandes*

Besitzer / ImkerInn: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

VIS Registrierungsnr.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anmerkung (Schadbild, Behandlungsweise, …)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift / Datum