

**Anzeige einer Bienenhaltung
gemäß § 1 a Bienenseuchen – Verordnung**

(Rückfragen unter Telefonnummer 04471/15-727 oder -535)

Bienenhalter

Name, Vorname	
Straße, Nr.	Ortsteil
PLZ, Ort	
Telefon + Mobil	Telefax + E-Mail
Registriernummer (siehe Bescheid Tierseuchenkasse)	Imkerverein und Imkernummer (falls vorhanden)
Anzahl der Bienenvölker an der o. g. Anschrift:	

Angaben zu weiteren Standorten der Bienen*

Folgende Völker befinden sich an einem anderen Standort:

Name, Vorname (evtl. sonstige Standortbezeichnung)	
Straße, Nr.	Ortsteil
PLZ, Ort	Anzahl der Bienenvölker

Name, Vorname (evtl. sonstige Standortbezeichnung)	
Straße, Nr.	Ortsteil
PLZ, Ort	Anzahl der Bienenvölker

falls weitere Standorte vorhanden, bitte **alle angeben*

Mir/Uns ist bekannt, dass Änderungen zu den vorstehend gemachten Angaben unverzüglich dem Amt für Veterinärwesen und Lebensmittelüberwachung des Landkreises Cloppenburg anzuzeigen sind. Die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben wird von mir/uns ausdrücklich bestätigt.

Ort, Datum

Unterschrift

An den
Landkreis Cloppenburg
39 – Amt für Veterinärwesen und Lebensmittelüberwachung
Eschstraße 29

49661 Cloppenburg

**oder per Fax: 04471/15-430,
per E-Mail: veterinaeramt@lkclp.de**