

„Ausnahme-Gesundheitsbescheinigung (§ 5 Absatz 3 der Bienenseuchen-V“)

für die Anlieferung auf die Belegstelle Sauschütt/Landkreis Ebersberg

(nur verwendbar, wenn die im Informationsblatt genannten Bedingungen erfüllt sind)

Amtstierärztliche Bescheinigung gem. § 5 Bienenseuchen-Verordnung

für die Bienenvölker des Imkers

Name, Vorname _____

Straße, Haus. Nr. _____

PLZ, Wohnort _____

Standort der Bienenvölker _____

Landkreis _____

Hiermit wird nach amtlicher Kenntnis bescheinigt:

1. Der Herkunftsort der Bienen liegt nicht in einem Faulbrut-Sperrgebiet.
2. In den letzten 12 Monaten bestand im Umkreis von 10 km um den Herkunftsort der Bienen keine Sperre wegen Amerikanischer Faulbrut.

(Ort und Datum)

Siegel

(Name und Unterschrift)