

Fyll i med maskin eller texta tydligt.

Ankomstdatum

Dnr

**1 KONTAKTUPPGIFTER**

Ägare Namn	Telefon
	FO-nummer
Postadress	
Sänd analyscertifikat till denna e-postadress. I annat fall sänds det per post. E-postadress:	

<b>Undersökningens beställare</b> (om inte ägare)		<input type="checkbox"/> är provtagare
<input type="checkbox"/> veterinär	<input type="checkbox"/> annan:	
Tjänsteställning		
Namn	Telefon	
Postadress		
Sänd analyscertifikat till denna e-postadress. I annat fall sänds det per post. E-postadress:		

<b>Provtagare eller annan kontaktperson</b>	
<input type="checkbox"/> befullmäktigad kontrollör, på begäran av beställare	<input type="checkbox"/> annan:
Namn	Telefon
Postadress	
<input type="checkbox"/> vill ha kopia av analyscertifikat	
Sänd analyscertifikat till denna e-postadress. I annat fall sänds det per post. E-postadress:	

**2 ÖNSKAD UNDERSÖKNING**

<input type="checkbox"/> amerikansk yngelröta	<input type="checkbox"/> europeisk yngelröta	<input type="checkbox"/> varroa	<input type="checkbox"/> nosema	<input type="checkbox"/> trakékvalstret
<input type="checkbox"/> virus DWV, BQCV, CBPV, SBV, ABPV, KBV	<input type="checkbox"/> annan:			
<b>Orsak till amerikansk yngelröta undersökningen</b>				
<input type="checkbox"/> myndighetsprov (kostnadsfri)	<input type="checkbox"/> sanering, egenkontroll	<input type="checkbox"/> annan egenkontroll		

**3 BAKGRUNDSINFORMATIONER**

Biodlares totala antal bigårdar	Kommuner
Aktuella sjukdomssymptom, sjukdomar som förekommit tidigare och år de konstaterats	

Datum	Underskrift och namnförtydligande
-------	-----------------------------------

