



# Alm- und Gemeinschaftsweide-Meldung 20\_\_

ZUNAME und Vorname	PLZ	Ort	Lw.Betriebsnummer

## Almen/Gemeinschaftsweide/n

Auf folgende, bisher nicht gemeldete Alm/en bzw. Gemeinschaftsweide/n wird aufgetrieben:

1. <input type="checkbox"/> Eigenalm <input type="checkbox"/> Pachtalm <input type="checkbox"/> Gemeinschaftsalm <input type="checkbox"/> Fremdalm <input type="checkbox"/> Gemeinschaftsweide		
Name, Adresse der Alm/Gemeinschaftsweide:	Name, Adresse Obmann/Verantwortliche/r:	<input type="checkbox"/> Kontrollvertrag vorhanden Kontrollstelle:  <input type="checkbox"/> Zusatzpassus für Alm/Gem.weide wird abgeschlossen.
Betriebsnr. der Alm/Gemeinschaftsweide:	Tel.Nr.:	
	Faxnr.:	
	Email:	
2. <input type="checkbox"/> Eigenalm <input type="checkbox"/> Pachtalm <input type="checkbox"/> Gemeinschaftsalm <input type="checkbox"/> Fremdalm <input type="checkbox"/> Gemeinschaftsweide		
Name, Adresse der Alm/Gemeinschaftsweide:	Name, Adresse Obmann/Verantwortliche/r:	<input type="checkbox"/> Kontrollvertrag vorhanden Kontrollstelle:  <input type="checkbox"/> Zusatzpassus für Alm/Gem.weide wird abgeschlossen.
Betriebsnr. der Alm/Gemeinschaftsweide:	Tel.Nr.:	
	Faxnr.:	
	Email:	

## Auftrieb auf Alm bzw. Gemeinschaftsweide

Bitte um vollständige Angaben! Der Auftrieb auf nicht gemeldete Almen und Gemeinschaftsweiden ist nicht erlaubt.

	Stück	Alpung von - bis	Anzahl Almtage	Name der Alm
Rinder 0 - 6 Monate				
Rinder 6 - 12 Monate				
Rinder 1 - 2 Jahre				
Rinder über 2 Jahre				
tragende Kalbinnen				
Mutterkühe/Milchkühe				
Milch-/Fleischschafe (Lämmer*)				
Milch-/Fleischziegen (Kitze*)				
Sonstige (zB Pferde):				

\* Kitze bzw. Lämmer sind in Klammern anzugeben!

Ich/wir bestätige/n die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben. Für Gemeinschaftsweiden bzw. Gemeinschaftsalmen, für die kein eigener Kontrollvertrag besteht, beauftrage/n ich/wir die Austria Bio Garantie, diese zusätzlich zum bestehenden Kontrollvertrag zu kontrollieren und bestätige/n die Einhaltung der gesetzlichen Bio-Richtlinien sowie ggf. der entsprechenden Verbandsrichtlinien.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/s BetriebsleiterIn