

Vollmacht zur Vorlage bei der Apotheke / beim Tierarzt

Hiermit ermächtigen die unten eingetragenen Personen

Herrn/Frau

(Name und Adresse des Bevollmächtigten)

die jeweils unten aufgeführten Tierarzneimittel zur Varroose-Behandlung in der entsprechenden Menge für sie in Empfang zu nehmen.

	Name und Anschrift des Imkers				
Name des Tierarzneimittels					
benötigte Menge					
Datum und Unterschrift des Imkers					