

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