

Name, Vorname ..... Datum .....

Straße, Hausnummer ..... e-mail .....

Postleitzahl, Ort ..... Telefon .....



### Bestellung von zugelassenen Medikamenten zur Behandlung der Varroose

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit bestelle ich verbindlich nachstehende Bienenmedikamente :

Medikament		Bestellmenge	Einheit	
Milchsäure 15%	ad us vet	.....	Flasche/n	je 1l
Ameisensäure 60%	ad us vet	.....	Flasche/n	je 1l
MAQS-Ameisensäure		.....	Packung mit 2 Dosiseinheiten (4 Streifen)	
MAQS-Ameisensäure		.....	Packung mit 10 Dosiseinheiten (20 Streifen)	
Oxalsäure 3,5%	ad us vet	.....	Packung/en	je 2 x 0,5 l
Oxuvar 3,5%	ad us vet	.....	Packung/en	je 0,5 l
Oxuvar 5,7%		.....	Packung/en	je 275 g
Oxuvar 5,7%		.....	Packung/en	je 1000 g
Schutzmaske FFP3		.....	Stück	
Thymovar		.....	Packung/en	je 2 x 5 Streifen
ApiLife Var		.....	Packung/en	je 2 Beutel mit 2 Plättchen
ApiLife Var		.....	Packung	1 Beutel mit 2 Plättchen
Apiguard		.....	Packung/en	je 10 Schalen

Mit freundlichen Grüßen

Bestellpartnerschaft zusammen mit : ( Name, Vorname)

Herrn / Frau ..... in .....

Herrn / Frau ..... in .....