

Alb-Bienenzüchterverein Gerstetten e.V.

Hangstraße 32, 89547 Gerstetten-Deitingen

Bestellformular für Varroa-Behandlungsmittel 2024

Bitte das Bestellformular vollständig ausfüllen und beim Medikamentenbesteller Martin Mack abgeben oder an die E-Mail-Adresse varroamittel@alb-bienenzuechter.de senden.

Vorname: Nachname:

Telefonnummer (für Rückfragen):

E-Mail-Adresse:

Tierhalter-Registriernummer:

Anzahl Bienenvölker 2024:

Bitte beachten:

Die bestellte Menge Varroa-Behandlungsmittel muss in einem adäquaten Verhältnis zur angegebenen Anzahl der gemeldeten Bienenvölker stehen! Sollte die bestellte Menge der Behandlungsmittel zu hoch sein, wird die komplette Bestellung von der Tierseuchenkasse gestrichen.

<u>Behandlungsmittel:</u>	<u>Preis</u>	<u>Anzahl</u>	<u>Summe</u>
Formivar (Ameisensäure) 60% ad.us.vet, 1000ml	5,22€	<input type="text"/> Stk.	<input type="text"/> €
Oxuvor 5,7% ad us. vet, 275 ml	5,08€	<input type="text"/> Stk.	<input type="text"/> €
ApilifeVAR, 1 Beutel mit 2 Verdunstungstafeln	2,72€	<input type="text"/> Stk.	<input type="text"/> €
VarroMed, Flasche 555 ml	18,45€	<input type="text"/> Stk.	<input type="text"/> €
<u>Gesamtbetrag:</u>			<input type="text"/> €

Bitte Überweisen Sie den Gesamtbetrag auf das untenstehende Konto des Alb-Bienenzüchterverein Gerstetten e.V.

IBAN: DE24 6329 0110 0180 6090 09

BIC: GENODES1HDH

Bank: Heidenheimer Volksbank

Verwendungszweck: Varroamittel + Name des Bestellenden

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Bestellung erst mit der Überweisung des Gesamtbetrags bis spätestens **05.03.2024** abgeschlossen ist, und dass diese Bestellung verbindlich ist. Ich stimme zu, dass meine Angaben und Daten gemäß den Hinweisen der Datenschutzordnung des Alb-Bienenzüchterverein Gerstetten e.V. (kann unter <https://www.albbienenzuechter.de/101/formulare-downloads> eingesehen werden.) zur Bearbeitung meiner Bestellung elektronisch versendet und gespeichert werden.

Bitte nicht ausfüllen.

Gesamtbetrag erhalten Unterschrift: _____

Die oben aufgeführten Varroa-Behandlungsmittel wurden von der bestellenden Person persönlich entgegengenommen.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____