Abrechnung Varroamittel 20_____ **Imkerverein:_____**

Name	Anschrift	Standort Völker wenn abweichend	Anzahl zu beh. Völker	Medikament Applikator	Menge	Kosten €	Förderung €*

Bankverbindung:

Kontoinhaber:_____ Datum:_____

IBAN:_____Unterschirft:_____

* wird vom LVBI ausgefüllt