

Abrechnung Varroamittel 20_____



*

*

Name

Imkerverein

*

Anschrift

Anzahl gemeldeter Völker: *

Medikament:	Menge	Preis je Einheit	Preis gesamt	Fördersumme
Ameisensäure 1l				
Ameisensäure 5l				
Milchsäure 1l				
Oxalsäure				
Apilife Var				
Applikatoren:				
		Gesamt:		

ist vom Landesverband auszufüllen

*

*

IBAN

Kontoinhaber

*

E-Mail für Rückfragen

Bitte reichen Sie Ihre Unterlagen im original, ausgefüllt und unterschrieben, zusammen mit den original Rechnungsbelegen, bis zum 30.06.2021 in der Geschäftsstelle des Landesverband Brandenburgischer Imker e.V. Dorfstr. 1/Haus 3 14513 Teltow/Ruhlsdorf ein.

*

*

Datum

Unterschrift