



# Imkerverein Aschendorf & Umgebung

## Bestellformular

**DIE BESTELLUNG MUSS BIS ZUM 31.05.22 EINGEREICHT WERDEN**  
**SPÄTERE BESTELLUNGEN KÖNNEN NICHT BERÜCKSICHTIGT WERDEN!!**

**Alle Angaben sind für diese Bestellung notwendig!**  
**Die Apotheke benötigt diese als Nachweis.**

|   |  |
|---|--|
| <b>Name</b>                             |  |
| <b>Vorname</b>                          |  |
| <b>Straße, Hausnr.</b>                  |  |
| <b>PLZ, Wohnort</b>                     |  |
| <b>Mitglied im Imkerverein</b>          |  |
| <b>Zahl der zu behandelnden Völkern</b> |  |

Hiermit bestelle ich

| <b>Produkt</b>                                 | <b>Einzelpreis</b> | <b>Bestellmenge</b> |
|--|--------------------|---------------------|
| <b>APITRAZ *<br/>(10 Streifen pro Packung)</b> | <b>30,00€</b>      |                     |
| <small>* Apothekenpflichtig</small>            |                    |                     |

Der Rechnungsbetrag wird von Ihrem Konto eingezogen.

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift