

Vollmacht 2018

Förderung von Varroosebehandlungsmitteln

Aussteller der Vollmacht:

Name und Vorname
Straße und Hausnummer
Ort

Bevollmächtigter:

Name und Vorname
Straße und Hausnummer
Ort

Ich erteile hiermit der oben genannten Person die Vollmacht, in meinem Namen

- die von mir bestellten Varroosebekämpfungsmittel abzuholen und hierfür in der Ausgabeliste in meinem Namen zu unterschreiben.

- Für den Fall, dass es sich um **apothekenpflichtige Behandlungsmittel** wie Oxalsäure, Oxuvar, Thymovar, Apiguard, Api Life Var ® handelt, bestätige ich, dass die oben genannte Person
 - ein Mitglied meiner häuslichen Familie ist.
 - in meiner Imkerei arbeitet.

- Ich erteile hiermit der oben genannten Person die Vollmacht, in meinem Namen die für den Erhalt der Förderung notwendige Erklärung abzugeben, hierfür in der Ausgabeliste in meinem Namen zu unterschreiben und den **Erstattungsbetrag** entgegen zu nehmen.

Ort	Datum	Unterschrift des Ausstellers der Vollmacht
-----	-------	--