

## Bestellung von Mitteln gegen Varroose

Dieses ausgefüllte Bestellformular senden Sie bitte bis zum **31. März** an [varroa@imkerverein-kiel.de](mailto:varroa@imkerverein-kiel.de) oder geben es bei Ihrer **Vereinsvorsitzenden** ab!

Name und Anschrift des Imkers (bitte deutlich schreiben):

Vorname:..... Name:.....

Straße, Hausnr.:.....

PLZ, Wohnort:.....

Mitglied im Imkerverein:.....

### Für eine Sammelbestellung über den Landesverband

**Diese Mittel werden vom Landesverband bezuschusst. Den Bezugspreis erfahren Sie bei Ihrer Vereinsvorsitzenden:**

\_\_\_\_\_ Flaschen Formivar (Ameisensäure 60% ad us. vet.), in Kunststoffflasche, 1 ltr.

\_\_\_\_\_ Flaschen Ameisensäure 60% ad us. vet. in Kunststoffflasche, 1 ltr.  
**Zugelassen für Schwammtuch**

\_\_\_\_\_ Flaschen Milchsäure 15% ad us. vet., in Kunststoffflasche, 1 ltr.

\_\_\_\_\_ Packungen Apilife Var, 2 Streifen je Packung

\_\_\_\_\_ Packungen Oxuvar 5,7% (275 gr.)

\_\_\_\_\_ Packungen Oxuvar 5,7% (1.000 gr.)

\_\_\_\_\_ Packungen Formicpro Ameisensäurestreifen (2x 2 Streifen)

\_\_\_\_\_ Packungen Formicpro Ameisensäurestreifen (10x 2 Streifen)

\_\_\_\_\_ Packungen Oxalsäuredihydrat-Lösung 3,5% (m/V) ad us. vet., 2x 500 ml

\_\_\_\_\_ Packung Varroxal 75 gr.

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift

### **Vorkasse:**

**Bitte unbedingt bis spätestens 14.04. Überweisung des Gesamtbetrages auf unser Vereinskonto:**

**KIV Kiel (Kieler Volksbank eG) IBAN: DE02 2109 0007 0062 1104 03 (GENODEF1KIL)**

**Verwendungszweck: Name + Varroamittel 2024**

Apothekenpflichtige Mittel:

**Andere zugelassene** Mittel können über die örtlichen Apotheken oder Veterinäre bezogen werden. Für diese Mittel kann der Landesverband keine Sammelbestellung anbieten. Informieren Sie sich bitte bei Ihrer Vorsitzenden, ob er eine Sammelbestellung für diese Mittel organisiert.