



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.

Name	
Vorname	
Straße, Hausnr.	
PLZ, Wohnort	
Mitglied im Imkerverein	
Zahl der zu behandelnden Völkern	

Hiermit bestelle ich

Produkt	Einzelpreis	Bestellmenge
APITRAZ * (10 Streifen pro Packung)	30,00€	
* Apothekenpflichtig		

Der Rechnungsbetrag wird von Ihrem Konto eingezogen.

Datum, Ort

Unterschrift