



# Imkerverein

## Aschendorf & Umgebung

### Bestellformular

**DIE BESTELLUNG MUSS BIS ZUM 15.05.25 EINGEREICHT WERDEN**

**SPÄTERE BESTELLUNGEN WERDEN NICHT BERÜCKSICHTIGT !!**

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
<b>APITRAZ *</b> <b>(10 Streifen pro Packung)</b>	<b>33,02€**</b>	
<small>* Apothekenpflichtig **Sollten wir im Rahmen der Sammelbestellung eine bestimmte Gesamtmenge erreichen, reduziert sich der Preis auf 30,00 € pro Stück.</small>		

Der Rechnungsbetrag wird von Ihrem Konto eingezogen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift