

Bestellliste für: **PERIZIN**

Imkerverein:

Unterschrift: Tel.: (.....).....

Zuständiges Veterinäramt:

Vereinsvorsitzender / Vereinsbeauftragter

Verpflichtungserklärung: Mit der in dieser Bestellliste gegebenen Unterschrift verpflichtet sich der Imker, das erhaltene PERIZIN wegen der arznei- und lebensmittelrechtlichen Bestimmungen nur unter Einhaltung folgender Bedingungen auf eigenes Risiko anzuwenden: a) keine Abgabe an andere Personen, b) unbedingte Einhaltung der Behandlungsanweisung des Herstellers. **Die Bestellliste mit den Empfangsbestätigungen ist fünf Jahre aufzubewahren.**

Name / Vorname	Straße / Wohnort	Völkerzahl	Stückzahl PERIZIN 1 Flasche	Betrag EUR	Empfangsbestätigung des Imkers bei Abholung

Bestelltermine: **15.01.** / **15.03.** / **15.05.** / **15.07.** / **15.09.** / **15.11.**

Die Bestellliste muss bis spätestens zu den obigen Terminen bei der Geschäftsstelle des Landesverbandes und die Zahlung unter Angabe des Imkervereines auf dem *Sonderkonto* „Varroatose“ des Landesverbandes Badischer Imker e. V., Konto-Nr. 12 333 00 Volksbank Offenburg, BLZ 664 900 00, eingegangen sein. Bei verspätetem Eingang gilt der nächstfolgende Bestelltermin. Bestelllisten pro zuständiges Veterinäramt gesondert führen.