

Förderung von Varroosebehandlungsmitteln

Vollmacht

Aussteller der Vollmacht:

| |
|--------------------|
| Name und Vorname |
| Straße und Hausnr. |
| Ort |

Bevollmächtigter:

| |
|--------------------|
| Name und Vorname |
| Straße und Hausnr. |
| Ort |

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

die von mir bestellten Varroosebehandlungsmittel abzuholen und in der Ausgabeliste zu unterschreiben.

Für den Fall, dass es sich um **apothekenpflichtige Behandlungsmittel** wie Oxalsäure, Oxuvar, 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 zu unterschreiben und ggf. den **Erstattungsbetrag** entgegen zu nehmen.

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