

Vollmacht 2012

Förderung von Varroosebehandlungsmitteln

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 hierfür in der Ausgabeliste in meinem Namen zu unterschreiben.
- Für den Fall, dass es sich um **apothekenpflichtige Behandlungsmittel** wie Oxalsäure, Oxuvar, Thymovar, 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 in meinem Namen zu unterschreiben und den **Erstattungsbetrag** entgegen zu nehmen.

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