

Vollmacht

zur Vorlage bei der Apotheke / beim Tierarzt

Hiermit ermächtige ich

Herrn / Frau

Kreisverband / Ortsverein:

die von mir bestellten und vorab bezahlten Tierarzneimittel zur Bekämpfung der Varroose für mich in Empfang zu nehmen.

Benötigte Menge und Name des Arzneimittels/ der Arzneimittel:

.....
.....

Vorname:	Name:
Straße - Hausnummer	
PLZ - Ort	
Datum - Unterschrift	