

**Praktische Durchführung der Varroabekämpfung**

NAME: .....

ADRESSE: .....

Ich bestätige, dass Herr/Frau (Name Behandler) .....

am (Datum) .....

auf meinem Bienenstand/Ständen ..... (Anzahl) Bienenvölker

auf meinen ausdrücklichen Wunsch gegen die Varroamilbe behandelt hat.

.....

.....

Datum

Unterschrift Imker/in

**Praktische Durchführung der Varroabekämpfung**

NAME: .....

ADRESSE: .....

Ich bestätige, dass Herr/Frau (Name Behandler) .....

am (Datum) .....

auf meinem Bienenstand/Ständen ..... (Anzahl) Bienenvölker

auf meinen ausdrücklichen Wunsch gegen die Varroamilbe behandelt hat.

.....

.....

Datum

Unterschrift Imker/in