Praktische Durchführung der Varroabekämpfung

NAME: .....

ADRESSE: .....

Ich bestätige, dass ich die Bienenvölker der in Folge aufgelisteten Imker/innen gegen die Varroamilbe behandelt habe.

Datum	Name	Völkeranzahl
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

....

Datum Unterschrift Behandler