Bestellung

**Kleintierpraxis Rossbach Wied**

**z. Hd Herrn Manuel Salzer**

***Wiedtalstr. 47***

***53547 Roßbach***

Sehr geehrter Herr Salzer,

hiermit bestelle ich folgende apothekenpflichtige Bienenarzneimittel:

\_\_\_\_ Stück **OXUVAR®**, Fertiglösung 500 ml (PZN 4961831) zum Stückpreis von 17,35 €

(Hinweis: 1 Paket Fertiglösung reicht zur Behandlung von 10 Bienenvölkern; Behandlung 1 x zulässig)

Ich bitte um Ausstellung des „Nachweis über angewendete und abgegebene Tierarznei-mittel“ mit meinen nachfolgend aufgeführten Daten:

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname:  (Besteller) |  |
| Straße: |  |
| Postleitzahl und Ort: |  |
| Telefon: |  |
| Anzahl der Bienenvölker: |  |

Ich beabsichtige das Arzneimittel mit folgenden Imkern zu teilen (nicht zutreffendes streichen):

**Imker 1:** (Angaben für „Nachweis über angewendete und abgegebene Tierarzneimittel“)

|  |  |
| --- | --- |
| Vor und Zuname: |  |
| Anschrift: |  |
| Anzahl der Völker |  |

**Imker 2:** (Angaben für „Nachweis über angewendete und abgegebene Tierarzneimittel“)

|  |  |
| --- | --- |
| Vor und Zuname; |  |
| Anschrift: |  |
| Anzahl der Völker |  |

Mit freundlichen Grüßen

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| (Ort und Datum) | (Unterschrift) |