

BITTE VOLLSTÄNDIG AUSGEFÜLLT UND IM ORIGINAL BEI IHREM ÖRTLICHEN IMKERVEREIN ABGEBEN!  
UNVOLLSTÄNDIG AUSGEFÜLLTE FORMULARE WERDEN NICHT BEARBEITET.

Name des Imkers	
Straße und Hausnummer	
PLZ und Wohnort	
Regnr. TSK	
Regnr. Veterinäramt	
Imkerverein	

**Bestellung und Antrag auf Förderung von Medikamenten zur  
Bekämpfung der Varroose 2020**

Anzahl der zu behandelnden Völker		Anzahl der bei TSK gemeldeten Völker	
-----------------------------------	--	--------------------------------------	--

Ich bestelle hiermit **verbindlich** folgende Medikamente:

Medikament	Anzahl	Vermerke LIMV
Ameisensäure 60 % ad us. vet.		
Milchsäure 15 %ad us. vet		
Oxuvar 5,7		
Thymovar		
ApiliveVar		
MAQS		
VarroMed®		

**Wichtige Hinweise!**

**Sommerbehandlung:**

AS = Ameisensäure 60% ad us.vet. = 1 Liter für 3 Völker

**Spätsommerbehandlung:**

ApiliveVar = 2 Packungen für 1 Volk

MAQS = 1 Box (20 Streifen) für 10 Völker

Thymovar = 1 Raum = 1 Packung für 5 Völker

Thymovar = 2 Raum = 2 Packungen für 5 Völker

**Winterbehandlung:**

MS = Milchsäure 15% ad us.vet. = 1 Liter für 1 Volk

Oxuvar 5,7 = 1 Packung für 10 Völker

**Allgemein:**

VarroMed® = 1 Flasche für 3 Völker

**Eine Förderung der Medikamente erfolgt nur für die an die TSK gemeldeten Völker!**

Mir ist bekannt, dass kein Rechtsanspruch auf die Gewährung der Förderung besteht und dass mit einer Kürzung bzw. vollständigem Verlust der Förderung zu rechnen ist, wenn ich unrichtige und unvollständige Angaben mache.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift