Dokumentation Varroabehandlungen im Jahr 20___

Name ImkerIn: _____

Standort Bienenstand: _____

Datum (von – bis)	Volksnummer ODER Anzahl Bienenvölker	Arzneimittelbezeichnung (Handelsname), Chargen Nr	Menge / Volk	Anwendungsart bzw. Dispenser

Unterschrift ImkerIn: _____