**Do dnia 28.02.2023R**

**ZAMÓWIENIE ZBIORCZE NA ZAKUP LEKÓW DO ZWALCZANIA WARROZY W SEZONIE 2023**

KOŁO PSZCZELARZY W …………………………………………………………………….

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | Nazwa leku | Ilośc rodzin\* | Ilośc zamawianego leku w szt. | UWAGI |
| 1 | **APIWAROL****5 tabl/1 rodz.** |  |  |  |
| 2 | **BIOWAR****2 paski/1 rodz.** |  |  |  |
| 3 | **APIWAR****2 paski /1 rodz.** |  |  |  |
| 4 | **BAYVAROL****4 paski /1 rodz.** |  |  |  |
| 5 | **VARROMED****1 butelka/10 rodz** |  |  |  |
| 6 | **POLY VAR YELLOW****2 paski/ 1 rodz** |  |  |  |
| 7 | **APIGUARD****2 tacki/1 rodz** |  |  |  |
| 8 | **THYMOWAR****Op dla 5 rodz.** |  |  |  |
| 9 | **OXYBEE****1 butelka /10 rodz** |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |

***\*\*Ilość i rodzaj leku może ulec zmianie ze względu na wysokość przydzielonej refundacji.***

**\*\*\* ilość tabletek uzależniona jest od wysokości środków finansowych przyznanych**

**\***

…………………………………… ……………………………………

 *data pieczęć koła i podpis Prezesa*