**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*