           

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name Landwirt Ort Telefon mit Mobilnummer

Hiermit erteile ich der Firma Holzmüller GmbH – Agrarservice den Auftrag für das Kalenderjahr 2025 folgende Pflanzenschutzbehandlungen auszuführen.

**Getreide Herbizid-Behandlung im Frühjahr bzw. Herbst**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Getreideart** | **Fläche in ha** | **Ortsangabe** | **Herbizid-Behandlung**  **F oder H** | **Herbizid-behandl.**  **Unkräuter** | **Herbizid-behandl.**  **Ungräser** | **Pflanzen-schutzmittel über Holzmüller** | **Hofeigenes Pflanzen-schutzmittel** | **Schlag/Teilfläche**  (freiwillig für Nachweis) | **Wasserschutz-gebiet**  **Ja / Nein**  **Wichtig!** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Getreide Fungizid-Insektizidbehandlung**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Getreideart | Fläche in ha | Ortsangabe | **1 x Anwendung Fungizid**  Bitte ankreuzen | **2 x Anwendung Fungizid**  Bitte ankreuzen | **Insektizid-Behandlung**  Bitte ankreuzen | **Wachstums-regler**  Bitte ankreuzen | **Pflanzen-schutzmittel über Holzmüller** | **Hofeigenes Pflanzen-schutzmittel** | **Schlag/Teilfläche**  (freiwillig für Nachweis) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Datum, Unterschrift

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name Landwirt Ort Telefon mit Mobilnummer

**Mais-Herbizidbehandlung**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fläche in ha | Ortsangabe | **1 x Mais-Herbizid-Behandlung**  Bitte ankreuzen | **Pflanzen-schutzmittel über Holzmüller** | **Hofeigenes Pflanzen-schutzmittel** | **Nach-behandlung** | **Schlag/Teilfläche**  (freiwillig für Nachweis) | **Wasserschutzgebiet**  **Ja / Nein**  **Wichtig!** | **Untersaat**  **Ja / Nein**  **Wichtig!** | **Sonstiges** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Datum, Unterschrift