

## Bestellung und Antrag auf Förderung von Tierarzneimitteln zur Bekämpfung der Varroose

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	
Registriernummer Veterinäramt	
Tierseuchenkassennummer	
Imkerverein	

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

Ich bestelle hiermit verbindlich folgende Tierarzneimittel:

Tierarzneimittel	Anzahl/Menge	Vermerke LIMV

<b>Wichtige Hinweise zur Behandlung!</b>
Fragen zur Varroosebehandlung sowie zu den zugelassenen freiverkäuflichen Tierarzneimitteln können an den Bienengesundheitsdienst der Tierseuchenkasse Mecklenburg-Vorpommern oder an den Landesverband der Imker Mecklenburg-Vorpommern e. V. gerichtet werden.

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

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

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift