Name des Imkervereins:	
Name des Vorsitzenden:	
Straße und Hausnr:	
PLZ und Ort:	
Telefonnummer:	
e-Mail:	

An den
Landesverband der Imker M-V e.V.
Feldstr. 3 Zi 809
17033 Neubrandenburg

Als Anlagen beigefügt die Unterlagen zur Medikamentenbestellung 2027

☐ Anträge von Vereinsmitgliedern (Anzahl)

☐ Anträge nicht organisierte Imker (Anzahl)

Abweichende Lieferanschrift für die nicht verschreibungs- bzw. apothekenpflichtigen Medikamente:	
Abweichende Tel-Nr. des Empfängers der nicht verschreibungs- bzw. apothekenpflichtigen Medikamente	

Abgabe beim LIMV bis zum 03.04.2027!

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift