



# APOTHEKER OHNE GRENZEN ÖSTERREICH

## Ersuchen um Medikamentenspende

*Request for Drug Donation*

Name der Organisation / *Name of Organisation:*

---

Kontaktperson in Österreich / *Contact person in Austria*

Name:	
Phone:	
E-Mail:	
Ggfs. Lieferzeitraum <i>If known, delivery date:</i>	
Ggfs. Abfahrtsort <i>If known, departure from:</i>	

Empfänger in der Ukraine / *Recipient in Ukraine*

Medizinische Einrichtung <i>Institution:</i>	
Kontaktperson <i>Contact person:</i>	
Phone:	
E-Mail:	
Lieferadresse <i>Shipping address:</i>	

Bedarfsliste im Anhang / *list of required drugs and medicinal products attached*

Datum \_\_\_\_\_  
*Date*

Unterschrift \_\_\_\_\_  
*Signature*

**AoG Anmerkungen:**

Erhalten am:		
Bearbeitet von:		
Freigabe:		

Kontakt: [info@apothekerohnegrenzen.at](mailto:info@apothekerohnegrenzen.at)