

ABRECHNUNGSFORMULAR
„ANTIGEN-TESTS IN PFLEGEHEIMEN“

Name und Adresse der Apotheke

Betriebsnummer

**An die
Pharmazeutische Gehaltskasse
für Österreich
Spitalgasse 31
1091 Wien**

Zur Weiterleitung an:

Ing. Markus Hoffmann BSc MA
AGES - Österreichische Agentur
für Gesundheit und
Ernährungssicherheit GmbH
Spargelfeldstraße 191 | 1220 Wien
risikobewertung@ages.at
kreditoren@ages.at

_____ am _____

„ANTIGEN-TESTS IN PFLEGEHEIMEN“

Distributionskosten á 4,80 Eur (inkl. 20% MWSt.) pro abgegebener Packung.

Gesamtzahl abgegebener Packungen: _____

Distributionskosten x 4,80 Eur (inkl. 20% MWSt): _____

Gesamtsumme Eur: _____

Stempel/Unterschrift: _____