

ABRECHNUNGSFORMULAR

.....
Name und Adresse der Apotheke

.....
Betriebsnummer

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

zur Weiterleitung an das
Amt der Niederösterreichischen Landesregierung
Landessanitätsdirektion
Landhausplatz 1
3100 St. Pölten

KINDERIMPF-AKTION NIEDERÖSTERREICH 2021
--

Distributionskosten € 2,00 inkl. 20% USt. pro abgegebenem Impfstoff

IMPFSTOFF	STÜCKZAHL
IAN MMRVaxPro - für jedes Lebensalter	
IAN HBvaxPro 5mcg	
IAN Hexyon	
IAN Infanrix Hexa	
IAN Prevenar	
IAN Rotarix	
IAN Repevax	
IAN Nimenrix – für Schulkinder ab dem vollendeten 10. Lebensjahr bis zum vollendeten 13. Lebensjahr kostenfrei	
IAN Gardasil 9 – ab dem vollendeten 9. Lebensjahr bis zum vollendeten 12. Lebensjahr kostenfrei	
IAN Fluarix tetra	
IAN Fluenz tetra	
GESAMTZAHL:	_____ x € 2,00 = € _____

Bitte diese Rezepte nicht zur üblichen Rezeptabrechnung legen, sondern gesondert im Rahmen der Kinderimpfaktion NÖ bei der Gehaltskasse einreichen!

.....
Unterschrift/Apothekenstempel