

# 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

<b>INFLUENZA-IMPFAKTION NIEDERÖSTERREICH 2020 (außerhalb des Kinderimpfprogramms)</b>
---

Distributionskosten € 2,50 inkl. 20% USt. pro abgegebenem Impfstoff

IMPfstoff	Stückzahl
IAN Fluzone/Efluelda (für Personen über 65 Jahre)	
IAN Influvac tetra	
<b>G E S A M T Z A H L :</b>	_____ x € 2,50 = € _____

Bitte die Abgabescheine oder Rezepte dazu legen!

.....  
Unterschrift/Apothekenstempel