

GRIPPEIMPFAKTION 60+ / 65+
FÜR ALTERS- UND PFLEGEHEIME
LIEFERBESTÄTIGUNG UND MELDEFORMULAR



Das Land
Steiermark

BITTE DIREKT SENDEN AN:

Pharmazeutische Gehaltskasse für Österreich
Spitalgasse 31, A-1090 Wien
Tel.: (+43) 1 404 14 251
Mail: tax@gk.or.at
Web: www.gehaltskasse.at

Amt der Steiermärkischen Landesregierung
Abteilung 8 Gesundheit, Pflege und
Wissenschaft
Fachabteilung Gesundheit und
Pflegemanagement
Referat Sanitätsdirektion -
Gesundheitswesen

Hiermit wird bestätigt, dass die Bezugs-Apotheke, heimeigene Anstalts-Apotheke oder apothekenführende Arztordination

Name: _____

Adresse: _____

Efluelda Grippe-Impfstoff
(vom vollendeten 60. bis zum 65. Lebensjahr)

Menge (Einzelpackungen): _____

Fluad tetra Grippe-Impfstoff
(ab dem vollendetem 65. Lebensjahr)

Menge (Einzelpackungen): _____

Menge (10er Pack): _____

erhalten hat.

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel

Hiermit wird bestätigt, dass die Pflegeeinrichtung

Name: _____

Adresse: _____

Efluelda Grippe-Impfstoff
(vom vollendeten 60. bis zum 65. Lebensjahr)

Menge (Einzelpackungen): _____

Fluad tetra Grippe-Impfstoff
(ab dem vollendetem 65. Lebensjahr)

Menge (Einzelpackungen): _____

Menge (10er Pack): _____

übernommen hat.

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel