

ABRECHNUNGSFORMULAR

.....
Name und Adresse der Apotheke

.....
Betriebsnummer

**An die
Pharmazeutische Gehaltskasse
für Österreich**

zur Weiterleitung an das
Amt der Steiermärkischen Landesregierung
Fachabteilung Gesundheit und Pflegemanagement
Friedrichgasse 9
8010 Graz

_____, am _____

„IMPFAKTION STEIERMARK“
Distributionskosten **4,80 €** (inkl. 20 % Ust.)
Pro abgegebenem Impfstoff

Abschnitte Gutscheineheft

Stückzahl

_____ x 4,80 € = _____
(inkl. 20 % Ust.)

Unterschrift

Stand 01/2018