

ABRECHNUNGSFORMULAR

.....
Name und Adresse der Apotheke

.....
Betriebsnummer

**An die
Pharmazeutische Gehaltskasse
für Österreich
Spitalgasse 31
1090 Wien**

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

KINDERIMPFAKTION NIEDERÖSTERREICH 2024

Distributionskosten € 5,00 inkl. 20% USt. pro abgegebenen Impfstoff

IMPFSTOFF	STÜCKZAHL
IAN MMRVaxPro - für jedes Lebensalter	
IAN Engerix-B 10mcg/0,5ml	
IAN Infanrix Hexa	
IAN Vaxneuvance	
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 30. Lebensjahr kostenfrei	
G E S A M T Z A H L:	_____ x € 5,00 = € _____

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

.....
Unterschrift/Apothekenstempel