

ABRECHNUNGSFORMULAR

.....
Name und Adresse der Apotheke

.....
Betriebsnummer

**Amt der Kärntner Landesregierung
Abteilung 14 - Gesundheitswesen
UA Sanitätswesen
Hasnerstraße 8
9021 Klagenfurt**

_____, am _____

IMPFKONZEPT KÄRNTEN

Distributionskostenbeitrag á € 1,83 inkl. Mwst.
pro abgegebenen Impfstoff

	Stückzahl
SYNFLORIX Nur bis zum vollendeten 2. Lj !	_____
M-M-RvaxPRO	_____
INFANRIX HEXA®	_____
HBvaxPRO 5 µg /0,5 ml	_____
ENGERIX B 10 µg Restbestände !	_____
ROTARIX®	_____
PREVENAR 13 Sonderregelung !	_____
GESAMTANZAHL:	_____ x € 1,83 = € _____

.....
Unterschrift/ Stempel