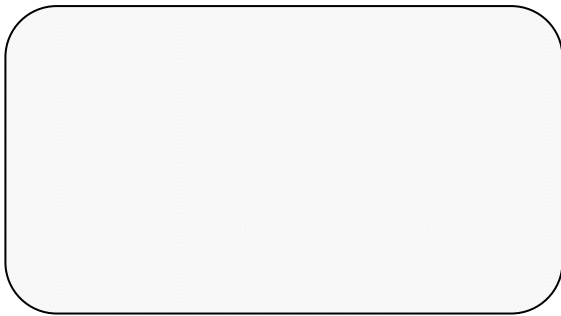


Zustimmungserklärung zum „Impfkonzept 2006“



Stampiglie des Arztes

Arzt-Nr. lt. Ärztekammer für Kärnten: K-

Sozialversicherungsnummer:

- Arzt für Allgemeinmedizin
- Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Amt der Kärntner Landesregierung
Abteilung 14 – Gesundheitswesen
UA Sanitätswesen
Hasnerstraße 8
9020 Klagenfurt
Fax: 050 536 31270

Hiermit gebe ich meine Beteiligung am „Impfkonzept 2006“ des Landes Kärnten bekannt und erkläre, dass ich die Grundsatzvereinbarung zum „Impfkonzept 2006“ als für mich geltend zur Kenntnis genommen habe.

Gleichzeitig nehme ich zur Kenntnis, dass ein Nichtbeachten der Rahmenbedingungen zum Ausschluss aus der aktiven Beteiligung an der Impfkation zur Folge haben kann.

Bankverbindung und Kontonummer

.....

.....

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift