

# 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**