

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 2026

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

IMPfstoff	Stückzahl
IAN MMRVaxPro - für jedes Lebensalter	
IAN Engerix-B 10 mcg/0,5 ml	
IAN Hexyon	
IAN Vaxneuvance	
IAN RotaTeq	
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 21. Lebensjahr kostenfrei. HPV-Nachholimpfaktion: nur noch Zweitimpfungen bis 30.6.2026 kostenfrei	
IAN Beyfortus 50 mg/100 mg	
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