

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

KINDERIMPFKATION NIEDERÖSTERREICH 2026

Distributionskosten € 6,00 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 – nur noch Zweitimpfungen bis 30.6.2026 kostenfrei	
IAN Beyfortus 50 mg/100 mg	
GESAMTZAHL:	_____ x € 6,00 = € _____

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

.....
Unterschrift/Apothekenstempel