

ABRECHNUNGSFORMULAR „KINDER – IMPFAKTION STEIERMARK“

Name und Adresse der Apotheke _____

Betriebsnummer _____

**An die
Pharmazeutische Gehaltskasse
für Österreich
Spitalgasse 31
1091 Wien**

zur Weiterleitung an:

Amt der Steirischen Landesregierung
Gesundheit und Pflegemanagement
Friedrichgasse 9
8010 Graz

_____ am _____

„KINDER – GRATIS IMPFAKTION STEIERMARK“

Distributionskosten à € 4,80 (inkl. 20 % Ust.) pro abgegebenem Impfstoff

Gutscheinabschnitte:		PZN:	Stückzahl
IAST Infanrix Hexa	sechsfach Impfstoff gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Poliomyelitis, Haemophilus influenzae Typ b und Hepatitis B.	2840951	
IAST MMR-Vax-Pro	MMR-Impfstoff mit abgeschwächten Masern-, Mumps- und Röteln-Viren	3297058	
IAST Vaxneuvance 15-valant (seit 1.2.2023)	Pneumokokken-Impfstoff	5744030	
IAST Rotarix	Rotaviren-Impfstoff	5429239	
IAST Gardasil9	HPV-Impfstoff	4553457	
IAST Repevax	vierfach Impfstoff zur aktiven Immunisierung gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis und Poliomyelitis (Nachholimpfung - 15 Jahre)	2836955	
IAST Engerix-B	Hepatitis-Impfstoff	2199253	
IAST Nimenrix	Meningokokken-Impfstoff	4031121	
IAST Beyfortus	RSV-Impfstoff Achtung: Abgabe: max. 10 Stück/Bestellung	5946489	

**Gesamtzahl abgegebener
Impfstoffe**

**Distributions-
kosten**

Gesamtsumme:

x € 4,80 (inkl. 20 % Ust.)

€ _____

Stempel/Unterschrift: _____