

# 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 2024

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

IMPFSTOFF	STÜCKZAHL
IAN MMRVaxPro - für jedes Lebensalter	
IAN Engerix-B 10mcg/0,5ml	
IAN Infanrix Hexa	
IAN Vaxneuvance	
IAN Rotarix	
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 30. Lebensjahr kostenfrei	
<b>G E S A M T Z A H L:</b>	_____ x € 5,00 = € _____

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

.....  
Unterschrift/Apothekenstempel