

ABRECHNUNGSFORMULAR (ab Jänner 2025)

.....
Betriebsnummer Name und Adresse der Apotheke Datum/Abr.Monat

An die
Pharmazeutische Gehaltskasse
Spitalgasse 31,
1091 Wien

Zur Weiterleitung an das
Amt d. Tiroler Landesregierung, Frau Gerda Holzhammer
6010 Innsbruck-Landhaus

....., am.....

**„IMPFAKTION TIROL“
Distributionskosten € 3,00 (Inkl. USt.)**

Pro abgegebenen Impfstoff

Anzahl Formblätter A:.....

Anzahl abgegebener Impfstoffe x Distributionskosten = Gesamtsumme

.....x € 3,00 =

Stempel / Unterschrift