

ABRECHNUNGSFORMULAR „GRATIS – KINDERIMPFPROGRAMM 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 _____

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

Gutscheinabschnitte:		PZN:	Stückzahl
IAST Infanrix Hexa	sechsfach Impfstoff Diphtherie-Tetanus-Polio- Pertussis-Hepatitis B-Haemophilus influenza Typ B	2840951	
IAST Repevax	vierfach Impfstoff Diphtherie, Tetanus, Pertussis und Poliomyelitis (Nachholimpfung – ab dem 15. Lebensjahr)	2836955	
IAST MMR-Vax-Pro	MMR-Impfstoff Masern-Mumps-Röteln	3297058	
IAST Vaxneuvance 15-valant (seit 1.2.2023)	Pneumokokken-Impfstoff	5744030	
IAST Rotarix	Rotaviren-Impfstoff	5429239	
IAST Gardasil9	HPV-Impfstoff (bis zum 30. Lebensjahr)	4553457	
IAST Engerix-B	Hepatitis B-Impfstoff	2199253	
IAST Nimenrix	Meningokokken-Impfstoff (A, C, W135, Y)	4031121	

**Gesamtzahl abgegebener
Impfstoffe**

**Distributions-
kosten**

Gesamtsumme:

x € 4,80 (inkl. 20 % Ust.)

€ _____

Stempel/Unterschrift: _____