LAND KÄRNTEN

Abrechnungsliste für M-M-R Monat _____2020

Ab dem vollendeten Lebensjahr (von 0-6 Jahre mit Impf-Card)
(gültig seit Impfkonzept 2016)

_____
Stempel Arzt/Ärztin

	Familien- und Vorname des Impflings			SV-Nr. Geb.Datum des Impflings	Impfdatum	Impfstoff und Charge-Nummer	Teilimpfung oder Auffrischung
						MMRVaxpro	
	Bitte per Post an Abt.5 – UA Sanitätswesen, Mießtalerstraße 1, 9021 Klagenfurt senden oder per Fax an 050536-15060.						