

Campagne de rattrapage vaccinal HPV en cabinet privé

Commande de vaccins Gardasil 9®

Nom du médecin : Prénom :
Adresse complète :

Remplir uniquement lors de la 1^{ère} commande

N° d'ass. sociale : Tél :
E-mail : Fax :
Date de naissance :
Paiement : Banque du bénéficiaire
IBAN
Nom et adresse du bénéficiaire (si différent).....

Nombre de doses commandées

Adresse de livraison (si différente adresse ci-dessus):
.....

Jour de fermeture du cabinet et vacances :

Date de la commande : Timbre et signature :

Les commandes s'effectuent uniquement auprès de PSV.

Les livraisons se font **au minimum pour 2 doses.**

Les doses ne peuvent être ni reprises ni échangées.

Rappel : 2 doses (0 - 6 mois avec min. 4 mois d'intervalle) si la 1^{ère} dose est administrée avant le 15^{ème} anniv.

3 doses (0-2-6 mois dans un laps de temps d'1 année) si la 1^{ère} dose est administrée après le 15^{ème} anniv.

Merci de renvoyer ce bulletin 10 jours à l'avance à vaccination@psvalais.ch ou à :