*HPV-Nachimpfkampagne – private Arztpraxen*

## Bestellung Impfstoff □Gardasil®□ Cervarix

***Bestellung durch den Arzt:*** *(Bei der ersten Bestellung bitte das detaillierte Formular hpv7 verwenden)*

Name: ............................................................... Vorname:

Vollständige Adresse:

**Liste der zu impfenden Patienten**

2 Impfdosen (0-6 Monate, Zeitabstand min. 4 Monate), wenn die 1.Dosis vor dem 15. Geburtstag geimpft wurde.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Name** | **Vorname** | **Geburtsdatum**  (zwischen 1992  und 2003) | **Wohnsitzkanton** | **Anzahl der Dosen** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |

**Diese Personen dürfen nicht auf früheren Bestellungen gemeldet worden sein!**

Lieferadresse (falls von der oben genannten Adresse abweichend):

**Tag, an dem die Praxis geschlossen ist (wichtig):** .

Bestelldatum : Stempel und Unterschrift:

Die Lieferung der nächsten Bestellung erfolgt, sobald Ihr Vorrat weniger als 6 Dosen beträgt.

**Bitte senden oder faxen Sie diesen Bestellschein 10 Tage im Voraus an folgende Adresse:**

Gesundheitsförderung Wallis

Rue de Condémines 14 - 1951 Sitten

Tel. 027 329 04 29 - **Fax 027 566 52 26**

[sante.scolaire@psvalais.ch](mailto:sante.scolaire@psvalais.ch) – [www.schulgesundheit-ws.ch](http://www.schulgesundheit-ws.ch)

**Bestellungen sind ausschliesslich an GFW zu richten.**

Die Lieferung erfolgt erst ab **2 oder 3 Dosen.**

Rückgabe bzw. Umtausch ausgeschlossen.