*HPV-Nachimpfkampagne – private Arztpraxen*

## Bestellung Impfstoff □ Gardasil® □ Cervarix

***1. Bestellung durch den Arzt* :** (Benutzen Sie das vereinfachte Formular hpv16 für die kommenden Bestellungen)

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

Adresse der Arztpraxis:

AHV-Nr.: Tel.:

E-Mail: Fax:

Zahlung:  per Post PC-Konto

per Bank Bankkonto-Nr.

Name der Bank

PLZ / Ort

IBAN

Adresse des Kontoinhabers

**Bitte legen Sie einen Einzahlungsschein bei**

**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) | **Anzahl der Dosen** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |

**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 Ihrer 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.