

HPV-Nachimpfkampagne – private Arztpraxen

**Bestellung Impfstoff Gardasil 9®**

Name des Arztes: ..... Vorname: .....  
Adresse der Arztpraxis: .....

**Nur bei der 1. Bestellung ausfüllen**

AHV-Nr.: ..... Tel.: .....  
E-Mail: ..... Fax: .....  
Geburtsdatum: .....  
Zahlung: Name der Bank .....  
IBAN .....  
Name und Adresse des Inhabers (wenn abweichend) .....

Anzahl der bestellten Dosen

Lieferadresse (falls abweichend von der oben genannten Adresse): .....  
.....

Nicht liefern an (Tag oder Ferien): .....

Bestelldatum : ..... Stempel und Unterschrift :

**Bestellungen sind ausschliesslich an GFW zu richten.**  
Die Lieferung erfolgt erst ab **2 Dosen**.  
Rückgabe bzw. Umtausch ausgeschlossen.

**Erinnerung :**

2 Impfdosen (0-6 Monate, Zeitabstand min. 4 Monate), wenn die 1.Dosis vor dem 15. Geburtstag geimpft wurde.  
3 Impfdosen (0-2-6 Monate, in einer Zeitspanne von 1 Jahr), wenn die 1. Dosis nach dem 15. Geburtstag geimpft wurde.

Bitte senden Sie diesen Bestellschein 10 Tage im Voraus an [vaccination@psvalais.ch](mailto:vaccination@psvalais.ch) oder an :