

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 oder an :