

Abrechnungsformular Grippeimpfung je Impfarzt/ärztin

Einrichtungsart (APH / ChG):	Impfarzt (Stempel):
Einrichtung bzw. Träger:	
Zeitraum d. Impfungen:	

Anzahl / Personen	Jahrgang	Impfstoff
	1957	
	1956	
	1955	
	1954	
	1953	
	1952	
	1951	
	1950	
	1949	
	1948	
	1947	
	1946	
	1945	
	1944	
	1943	
	1942	
	1941	
	1940	
	1939	
	1938	
	1937	
	1936	
	1935	
	1934	
	1933	
	1932	
	1931	
	1930	
	1929	
	1928	
	1927	

	1926	
	1925 oder älter	
Summe:	€ 0,00	

Bankverbindung (IBAN): _____

Unterschrift Arzt:

Unterschrift Heimleitung:

Die unterzeichnenden Personen erklären sich, dass seine/ihre vorstehenden Angaben wahrheitsgetreu und vollständig sind.