



HPV Gardasil-Abrechnungsformular für Obwaldner Ärztinnen und Ärzte

Formular bis jeweils spätestens 31.12. senden an: gesundheitsamt.ow@hin.ch

Datum, Praxisstempel und Unterschrift:	Einzahlungsschein beilegen oder <i>Bankverbindung (Konto- / Clearingnummer)</i> oder <i>IBAN-Nummer:</i>
---	---

Total Impfungen:	x 22.- =
-------------------------	-----------------

	Impfdatum Gardasil	Name und Vorname (ausgeschrieben)	PLZ, Wohnort	Geburtsdatum	1.	2.	3.
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							