

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

MMR-Impfaktion

OP.....

Abgabedatum

Stempel d. Apotheke



ABSCHNITT FÜR IMPF- ODER UNTERSUCHUNGSSTELLE

IMFGUTSCHEIN für MMR für das Bundesland Salzburg

Vorname

Nachname

Lf.Nr. Tag Monat Jahr

Sozialversicherungsnummer

PLZ, Ort

Straße (lt. Meldezettel)

Unterschrift

Ich erkläre mich mit der elektronischen Erfassung der Daten durch AVOS einverstanden. Die Daten werden nicht weitergegeben.

**MASERN SIND
KEIN KINDERSPIEL.**

www.keinemasern.at

MMR - Impfaktion

1. 2.

Impfdatum Impfarzt

