

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

MMR-Impfaktion

OP.....

Abgabedatum

Stempel d. Apotheke

IMFGUTSCHEIN für MMR für das Bundesland Salzburg



ABSCHNITT FÜR IMPF- ODER UNTERSUCHUNGSSTELLE

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

