
Vorname

Nachname

Geburtsdatum

MMR-Impfaktion

OP.....

Abgabedatum

Stempel d. Apotheke



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.

IMFGUTSCHEIN für MMR für das Bundesland Salzburg

**MASERN SIND
KEIN KINDERSPIEL.**

www.keinemasern.at

MMR - Impfaktion

1. ☐

2. ☐

Impfdatum

Impfarzt

