

Hepatitis-B-Bestellliste für Grundimmunisierung

Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
Abteilung für Unfallverhütung und
Berufskrankheitenbekämpfung
Verrechnungsstelle
Adalbert-Stifter-Straße 65
1200 Wien

Telefon: +43 5 93 93-20771, 20772
Fax: +43 5 93 93-20773
E-Mail: HUB-Verrechnung@auva.at

Angaben zur Arbeitsstätte

Arbeitsstättennummer oder Betriebsnummer:

Name der Arbeitsstätte:

Kontaktperson:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

Angaben zur Empfängerin/zum Empfänger

Arbeitsstättennummer oder Betriebsnummer:

Name:

Abgabestelle:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

Bitte beachten Sie die Richtlinien für den exponierten Personenkreis.
Bei Unklarheiten wenden Sie sich bitte an die AUVA-Verrechnungsgruppe.

Familienname	Vorname	VSNR (10-stellig)	genaue Tätigkeitsangabe	Teilimpfung
				1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
				1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
				1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
				1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
				1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
				1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
				1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>

**Datum, Stempel und Unterschrift
der Antragstellerin/des Antragstellers:**

Weitere Namen bitte auf der nächsten Seite

Hepatitis-B-Bestellliste für Grundimmunisierung

Familiennamenname	Vorname	VSNR (10-stellig)	genaue Tätigkeitsangabe	Teilimpfung
				1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
				1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
				1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
				1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
				1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
				1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
				1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
				1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
				1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
				1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
				1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
				1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
				1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
				1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
				1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
				1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
				1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
				1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
				1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
				1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
				1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
				1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>

**Datum, Stempel und Unterschrift
der Antragstellerin/des Antragstellers:**