

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

<p>Angaben zur Arbeitsstätte Arbeitsstättennummer:</p> <p>Name der Arbeitsstätte:</p> <p>Kontaktperson:</p> <p>Straße, Hausnummer:</p> <p>Postleitzahl, Ort:</p>
<p>Angaben zur Empfängerin/zum Empfänger Name:</p> <p>Arbeitsstättennummer:</p> <p>Abgabestelle:</p> <p>Straße, Hausnummer:</p> <p>Postleitzahl, Ort:</p>

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

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

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

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

Datum: _____ Stempel und Unterschrift: _____
Weitere Namen bitte auf die nächste Seite schreiben.

Hepatitis-B-Bestellliste für Grundimmunisierung

Familiename	Vorname	VSNR (10-stellig)
Genauere Tätigkeitsbezeichnung		Teilimpfung 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/>

Familiename	Vorname	VSNR (10-stellig)
Genauere Tätigkeitsbezeichnung		Teilimpfung 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/>

Familiename	Vorname	VSNR (10-stellig)
Genauere Tätigkeitsbezeichnung		Teilimpfung 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/>

Familiename	Vorname	VSNR (10-stellig)
Genauere Tätigkeitsbezeichnung		Teilimpfung 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/>

Familiename	Vorname	VSNR (10-stellig)
Genauere Tätigkeitsbezeichnung		Teilimpfung 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/>

Familiename	Vorname	VSNR (10-stellig)
Genauere Tätigkeitsbezeichnung		Teilimpfung 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/>

Familiename	Vorname	VSNR (10-stellig)
Genauere Tätigkeitsbezeichnung		Teilimpfung 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/>

Familiename	Vorname	VSNR (10-stellig)
Genauere Tätigkeitsbezeichnung		Teilimpfung 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/>

Datum:

Stempel und Unterschrift: