

## Formular für die HPV-Abrechnung

Rechnungsadresse: Kantonsärztlicher Dienst BL  
BL21470011  
Bahnhofstrasse 5  
4410 Liestal  
  
Fax: 061 552 69 92

Stempel/Adresse  
Ärztin/Arzt

Anzahl verimpfte Dosen \_\_\_\_\_ (à CHF 20.-)

Rechnungstotal \_\_\_\_\_

Abrechnungsperiode \_\_\_\_\_

Ort/Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_