



KANTON Schaffhausen – Kantonales Impfprogramm BESTELLFORMULAR FÜR GARDASIL®

Bestellung an:	Sanofi Pasteur MSD AG Gulmatt 6340 Baar	Fax: 041 761 43 34 Email: usprecher@spmsd.com
Lieferadresse (Stempel oder Druckschrift)		
Rechnungsadresse (Kd-Nr. 3007777)	Gesundheitsamt Kanton Schaffhausen Departement des Innern Mühlentalstrasse 105 8200 Schaffhausen	

Gewünschtes Lieferdatum: _____ (Di - Fr)¹

Praxis geschlossen am: _____ (Wochentag)

Versandart:²

per A-Post mit Kühlelementen³

andere individuelle Wünsche (bitte näher bezeichnen)⁴:

¹ Die Impfstoffe werden per Post verschickt, weshalb eine Versendung über das Wochenende nicht möglich ist.

² Die Verrechnung der Versandkosten erfolgt gemäss Ziff. 4 des Liefervertrages.

³ Vorbehalten bleibt die Lieferung mit Kühllastwagen (die Entscheidung obliegt ausschliesslich SPMSD bzw. einem von SPMSD beauftragten Dritten).

⁴ Die zusätzlichen Kosten für solche Lieferungen werden in jedem Fall dem Kanton verrechnet (auch für die ersten drei Lieferungen innerhalb eines Jahres).

→ Mindestbestellmenge 6 Impfdosen ←

ANZAHL	ARTIKEL-NR.	BEZEICHNUNG
	82230	Gardasil® 1er Packung
	82231	Gardasil® 10er Packung
	-----	Gardasil® Stempel

BestellerIn: Name / Funktion _____

Datum: _____

(Unterschrift)

Die Verwendung des vorliegenden Bestellformulars darf ausschliesslich durch berechnigte Personen für Bestellungen im Rahmen der kantonalen Impfprogramme erfolgen. Jeder Missbrauch des Formulars wird rechtlich verfolgt.