



Kantonales Impfprogramm

Bestellformular für Cervarix®

Bestellung an

Alloga AG
Buchmattstrasse 10
3400 Burgdorf
Tel 034 421 46 46

Fax 034 421 46 12

Lieferadresse

(Stempel oder Druckschrift)

Gewünschter Liefertermin

_____ (Di – Fr möglich)

Praxis geschlossen am

_____ (Wochentag)

Ferientage

Bis 13:30h eingegangene Bestellungen werden am selben Tag versandt. Impfstoff-Bestellungen unter 150 Dosen werden am Folgetag bis spätestens 09:00h angeliefert (Post, Swiss- Express). Grössere Mengen per Kühltransport bis 17:00h. Bitte stellen Sie sicher, dass am **angegebenen Zeitpunkt die Kühlware in Empfang genommen werden kann**. Falsch bestellte Kühlprodukte können nicht zurückgenommen werden.

Versandart

Express gekühlt; ohne Versandkosten

Bestellmenge*	Bezeichnung	Allogacode	FOC
_____	Cervarix® 1 x 1-Fertigspritze	40170000	19
_____	Cervarix® 10 x 1-Fertigspritze	40170010	19

*Mindestbestellmenge: 3 Impfdosen

Rechnungsadresse

Gesundheitsdepartement
Davidstrasse 27
9001 St.Gallen

Kundennummer

632523

Datum

Unterschrift und Stempel

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.**

Bei Fragen können Sie sich gerne an unseren Kundendienst wenden.

GlaxoSmithKline AG, Talstrasse 3–5, 3053 Münchenbuchsee, Tel. 031 862 21 21, Fax 031 862 21 21