

HPV-Impfprogramm des Kantons St.Gallen



Anmeldung zur Teilnahme am HPV-Impfprogramm für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte oder Kliniken

Angaben zur Ärztin / zum Arzt bzw. zur Klinik / Institution :

Name	_____	Vorname	_____
Name der Praxis, oder Klinik	_____		
Adresse	_____		
PLZ / Ort	_____	_____	_____
Telefon	_____		
email	_____		

Angaben der Verfügbarkeit der HPV-Impfung:

Spezielle Impfsprechstunde ja nein

**Falls ja, Angaben
zur Impfsprech-
stunde**

z.B. Do 14.00-16.00

Telefonische Vereinbarung ja nein

Ich habe die Bedingungen zur Teilnahme am HPV-Impfprogramm gelesen und bin damit einverstanden.

ja

Datum und Unterschrift: _____