

## Zahlungsbestätigung HPV-Impfung

### **1. Teilimpfung :**

Datum

Unterschrift des Arztes:

Betrag dankend erhalten: € 100

Stempel des NÖ Klinikums:

Unterschrift

### **2. Teilimpfung :**

Datum

Unterschrift des Arztes:

Betrag dankend erhalten: € 100

Stempel des NÖ Klinikums:

Unterschrift

### **3. Teilimpfung :**

Datum

Unterschrift des Arztes:

Betrag dankend erhalten: € 100

Stempel des NÖ Klinikums:

Unterschrift