



Grippeimpfung «saisonale Grippe»

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Name der Schule und Schulstufe : _____

Angaben für die Überweisung:

Name und Adresse der Bank/Post: _____

Kontoinhaber/in: _____

Konto-Nr.: _____

IBAN-Nr : _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____

Kontaktdaten des Arztes , der die Impfung durchführt:

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____

Bar bezahlte oder dem Patienten in Rechnung gestellte Impfkosten (CHF): _____

Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes:

Unterschrift der Lehrperson

Die Lehrperson bestätigt hiermit, bei
keiner anderen Stelle eine
Rückerstattung verlangt zu haben.

Datum, Stempel und Unterschrift der Schuldirektion

Die Schuldirektion / Schulkommission bestätigt hiermit, dass die
Lehrperson an ihrer Schule unterrichtet.

Die effektiven Kosten für die Grippeimpfung werden rückerstattet, jedoch nur bis maximal 30 Franken.

Das **Originalformular** ist bis zum **15. Dezember 2022** an folgende Adresse zu retournieren:

Departement für Volkswirtschaft und Bildung (DVB)
VRDBA - Buchhaltung
Postfach 478, Planta 1
1951 Sitten

Bitte freilassen

Unterschrift 1		Unterschrift 2	
Gläubiger Nr.:		Formelles Visa:	
Beleg Nr.:		Erfassungsdatum:	
Konto	Kostenstelle	Auftrag / Produkt	Betrag
3099.000			