

KANTON SOLOTHURN – Kantonales Impfprogramm

BESTELLFORMULAR FÜR GARDASIL® 9

Bestellung an

MSD Merck Sharp & Dohme AG
Werftstrasse 4
6005 Luzern→ msd.bestellungen@merck.com→ www.msorders.comRechnungs- und Lieferadresse
(Stempel oder Druckschrift):

--

Gewünschtes Lieferdatum: _____ (Di - Fr)¹

Praxis geschlossen am: _____ (Wochentag)

Versandart²: per Camion in der Kühlbox

¹ Eine Versendung über das Wochenende ist nicht möglich. Bei Bestelleingang bis **12:00 Uhr** bei MSD, kann die Auslieferung an die/den bestellende/n Ärztin/Arzt am Folgetag erfolgen.

² Die Verrechnung der Versandkosten erfolgt bei Bestellungen unter 2 Dosen (gemäss Artikel 6 Liefervertrag.)

<u>Anzahl</u>	<u>Artikel-Nr.</u>	<u>Bezeichnung</u>	<u>Minimale Bestellmenge 2 Dosen!!</u>
_____	1035114	Gardasil 9 (1er Packung)	
_____	1035115	Gardasil 9 (10er Packung)	

_____ [Name]

..... [Funktion]

Datum: _____

_____ Name der Ärztin / des Arztes

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

01/2019