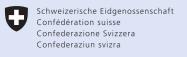
Pro Impfstoff eine	Zeile, alle Komp	one	nten	mit	t X t	marl	ciere	en	* t	ick-bo	orne	ence	phalitis		
	Datum Da									Stempel/Unterschrift					
Impfstoff Handelsname			nei mii	en urrenliche	74040	Hungokoku	Pe Papin	enzept	ose L. Ilitis (F.S.	tis 4 Tepes 2	erkulose (r	\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\			
Hersteller Lot-Nr.	Datum			No.			100			1180	* / S		Stempel/Unterschrift		
2500		/ «	/ &	/ V	/ V	-	/ \		~				/		
Impfausweis/Vaccination certificate Impfausweis gut aufbewahren und vor jeder Impfung der Ärztin/dem Arzt vorweisen															
Name: Vorname:															
Geburtsdatum:															
Adresse:															
Nächster Impftermin:															



Eidgenössisches Departement des Innern EDI Bundesamt für Gesundheit BAG

Geburtsdatum:

увте: