

Beitrittserklärung

Administrativ-Vertrag

Tages- oder Nachtstrukturen

Vertragsnummer 42.500.1894G

betreffend die
Abteilung von Pflege-Leistungen in Tages- oder Nachtstrukturen

| | |
|---------------------------------|--|
| Name Alters- und Pflegeheim* | |
| Zusatz Name APH | |
| Strasse inkl. Nr.* | |
| PLZ und Ort* | |
| Kanton | SG |
| GLN-Nr.* | |
| ZSR-Nr. TuNS* | |
| Bedarfsabklärungsinstrument* | <input type="checkbox"/> BESA <input type="checkbox"/> RAI |
| Name, Vorname* (Ansprechperson) | |
| E-Mail* | |
| Telefonnummer | |
| Beitritt per (tt.mm.jjjj)* | |
| Bemerkung | |

*Felder die vom Leistungserbringer (LERB) zwingend ausgefüllt werden müssen.

Beitrittserklärungen, die beim Verband bis zum 20. eines Monats eingehen, gelten ab dem 1. des darauffolgenden Monats.

Hiermit bestätigen wir, dass alle Angaben korrekt sind und wir dem oben genannten Vertrag beitreten. Wir anerkennen explizit und vorbehaltlos den Inhalt des Vertrags inklusive dessen Anhänge.

Der Kantonalverband bestätigt den Vertragsbeitritt seiner Mitglieder erst nach Erhalt der vorliegenden Beitrittserklärung bzw. den Nicht-Verbands-Mitgliedern nach Überweisung der geschuldeten Vertragsbeitrittsgebühr gemäss kantonalen Bestimmungen.

Die unterzeichnete Beitrittserklärung ist per Mail (info@curaviva-sg.ch) oder auf dem Postweg zuzustellen an: **Curaviva St.Gallen, Schreinerstrasse 1, 9000 St.Gallen**

Ort, Datum

Unterschrift