**STAMMDATEN IMPFUNG COVID-19 - PANDEMIEFALL**

|  |
| --- |
| **LEISTUNGSERBRINGER** |
| **Kürzel Kanton:** Kanton auswählen**Name Leistungserbringer:**Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.**Adresse Leistungserbringer:**Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.**ZSR-Nummer (falls vorhanden):**Klicken oder tippen Sie hier, um die Nummer einzugeben. | **Kontaktperson:**Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.**Email:** Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.**Telefon direkt:**Klicken oder tippen Sie hier, um die Nummer einzugeben.**Korrespondenzsprache**: Sprache auswählen |

|  |
| --- |
| **ZAHLUNGSVERBINDUNG** |
| **Name und Ort des Finanzinstituts:** Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.**Bezeichnung / Name und Ort des Kontoinhabers:**Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.**IBAN:** Klicken oder tippen Sie hier, um die Nummer einzugeben.**Gewünschter Zahlungsvermerk:** Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.  |

Ort: Ort eintragen Datum: Datum auswählen

Vorname, Name: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Rechtsgültige Unterschrift (-en):