**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):