

Erklärung über die Richtigkeit der Angaben

FÜR JEDE MELDUNG/JEDEN NACHWEIS GESONDERT AUSZUFÜLLEN

Hiermit wird die Richtigkeit, der am _____ übermittelten Angaben, bestätigt.

Standort-ID:

Haupt-IK:

Name

Datum

Unterschrift

Ärztliche Leitung

Pflegedirektion

Geschäftsführung/Verwaltungsdirektion