**Adresse Ansprechpersonen Leistungserbringer**

Gelbe Felder ausfüllen.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Bezeichnung | Beschreibung | Bemerkung |
| ZSR-Nr. |  |  |
| Name |  | Angaben Institution |
| Strasse Nr. |  |
| Zusatz |  |
| PLZ / Ort |  |
| Bank |  | Bankverbindung |
| IBAN |  |
| Clearing |  |
| Vorname/Name |  | **Ansprechperson****(Lieferung Leistungsdaten)** |
| Telefon |  |
| **E-Mail (Login mexCo)** |  |
| Vorname/Name |  | Heimleitung |
| Telefon |  |
| E-Mail |  |
| Vorname/Name |  | Administration |
| Telefon |  |
| E-Mail |  |

**Tarife Leistungsarten KLV (Std.) ambulant**

Gelbe Felder ausfüllen.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Tarif | Vollkosten | Beitrag KLV | PaBe | Restfinanzierung (Gemeinde) |
| KLV a |  | 76.90 | 15.35 |  |
| KLV b |  | 63.00 | 15.35 |  |
| KLV c |  | 52.60 | 15.35 |  |
| KLV a BD |  |  |  |  |
| KLV b BD |  |  |  |  |
| KLV c BD |  |  |  |  |
| KLV a Spezial |  |  |  |  |
| KLV b Spezial |  |  |  |  |
| KLV c Spezial |  |  |  |  |
| N-KLV |  |  |  |  |
| AuePa |  |  |  |  |
| AuePb |  |  |  |  |
| AuePc |  |  |  |  |