**Beitrittsklärung zum Tarifvertrag**

**betreffend die Abgeltung von Leistungen in der**

**Akut- und Übergangspflege (AÜP) gemäss KVG**

**zwischen CSS und CURAVIVA BE**

 (gültig ab 1. Januar 2022)

|  |  |
| --- | --- |
| Name Alters- und Pflegeheim |  |
| Zusatz Name APH |  |
| Strasse inkl. Nr. |  |
| PLZ und Ort |  |
| GLN-Nr. |  |
| ZSR-Nummer **(AÜP**) |   |
| Bedarfsabklärungsinstrument | [ ]  BESA | [ ]  RAI |  |
| Abrechnungsart | [ ]  TP tiers payant | [ ]  TG tiers garant |  |
| Name, Vorname (Ansprechperson) |  |
| E-Mail |  |
| Beitritt per… (tt.mm.jjjj)1 |  |
| Bemerkung |  |

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

Für Mitglieder von CURAVIVA BE ist der Beitritt zu diesem Vertrag mit keinen Kosten verbunden.

Bitte senden Sie uns die Beitrittserklärung bis am 30. Januar 2022 zurück.

Ort, Datum und rechtsgültige Unterschrift/en:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Bis am 30. Januar 2022 ist ein rückwirkender Beitritt per 1. Januar 2022 möglich.

Senden Sie die Beitrittserklärung bitte an:
per mail: verband@curaviva-be.ch
per Fax: 031 808 70 75 / per Post: CURAVIVA BE, Könizstrasse 74, 3008 Bern