



Rechtsdienst

Gesundheitsdepartement, Oberer Graben 32, 9001 St.Gallen

Quartalsmeldung 90-Tage- Dienstleistungserbringer

Machen Sie bitte folgende Angaben:

Name Dienstleistungserbringer/in

Geburtsdatum

GLN Nummer

Geschäftsnummer (B-22-....)

Quartal:

Jahr:

bisher gearbeitet Tage im Jahr

Bitte fügen Sie die detaillierten Informationen auf der nächsten Seite ein.



Rechtsdienst

Gesundheitsdepartement, Oberer Graben 32, 9001 St.Gallen

Ort(e) der Dienstleistungserbringung:				Arbeitstage im Quartal:		
Praxis/Institution	Anschrift	PLZ	Ort	Datum		Anzahl Tage
				Von	Bis	
Anzahl Tage / Quartal insgesamt:						

Datum: _____

Unterschrift Melder/in: _____