

Saarländische Pflegegesellschaft e.V.  
Ernst-Abbe-Str. 1  
66115 Saarbrücken

Stempel der Pflegeeinrichtung

Faxnummer: 0681/9672822

**Teilnahmeerklärung der Pflegeeinrichtungen zur  
Vereinbarung nach § 140a SGB V**



**„Saarländische PflegeHeimversorgung Integriert Regelhaft“**

Hiermit erklären wir die Teilnahme an oben genannter Vereinbarung und machen dazu folgende Angaben:

Name des Trägers	
------------------	--

Name der Einrichtung	
Straße	
PLZ, Ort	
Tel.-Nr.	
Vollstationäre Bewohnerplätze	
IK-Nummer	

Wir sind umfassend über die Ziele und Inhalte der Vereinbarung informiert. Wir erklären, dass wir eine Einrichtung nach § 71 Abs. 2 SGB XI i.V.m. § 72 Abs. 1 SGB XI sind und die Voraussetzungen als teilnehmende vollstationäre Pflegeeinrichtung erfüllen. Die Regelungen der Vereinbarung werden wir gegen uns gelten lassen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Träger/Leiter Pflegeeinrichtung