

Einverständniserklärung Antragsgegner

Antragsteller	Antragsgegner
Anschrift, Adresse, E-Mail, Telefon	Anschrift, Adresse, E-Mail, Telefon
Zuständige Person	Zuständige Person
Name	Name

KlientIn	
Name, Adresse	Versichertennummer
	Geburtsdatum

Streit bezüglich:

Wir sind damit einverstanden, uns dem Verfahren vor der Paritätischen Vertrauenskommission gemäss Art. 19 des Administrativvertrages vom 20.12.2010 resp. Art. 18 des Administrativvertrages AÜP vom 30.11.2011 zu unterziehen.

Ort, Datum und Unterschrift