

Akteur

Teilnehmer (Name des Teilnehmers wie auf dem Formular «Teilnehmer Information»):

Finanzorganisation	
Typ:	
Name:	Beschreibung:
Strasse:	GLN:
PLZ:	Ort:
Rolle:	
Rechtsträger:	

oder

Gesundheitseinrichtung	
Typ:	
Name:	Beschreibung:
Strasse:	GLN:
PLZ:	ZSR:
Ort:	Rolle:

Die hier angegebenen Daten werden in der SHIP Teilnehmerdatenbank in Central Services gespeichert.