**Anlage 2: Berechnung des durchschnittlichen Vergütungssatzes**

|  |  |
| --- | --- |
| **Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung** **(Name, Anschrift)** |  |
| **Ansprechpartner** **(Name, E-Mailadresse, Telefonnummer)** |  |
| **IK** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nr.** |  | **Euro** |
| **1** | **Vergütungsansprüche vom 01.01.2020 bis 31.03.2020** **nach § 4 Ausgleichsvereinbarung** |  |
| **2** | **Patientenbezogene Belegungstage vom 01.01.2020 bis 31.03.2020 nach § 4 Ausgleichsvereinbarung** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Durchschnittlicher Vergütungssatz (Nr. 1/ Nr. 2)** |  |

Hiermit wird die Richtigkeit der obigen Angaben bestätigt.

Name:

Datum:

Rechtsverbindliche Unterschrift: