

Zahlstellenregister

Antragsformular für die Zahlstellenregister-Nummer (ZSR-Nr.)

Bitte verwenden Sie dieses Formular ausschliesslich für die Beantragung einer ZSR-Nummer für eine natürlich, selbstständige Person. Für eine juristische Person (AG, GmbH etc.) finden Sie das entsprechende Formular unter www.sasis.ch/de/932. Für Logopäden im Anstellungsverhältnis verwenden Sie das Formular «Ein-Austritt K-Nummer» unter www.sasis.ch/de/933.

(Die männliche Form gilt im Folgenden analog auch immer für die weibliche Form)

Basisdaten	
Standort-Kanton der Praxis	
GLN (Global Location Number)	
UID (Unternehmens-IdentifikationsNr.)	
Anrede	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr
Nachname	
Vorname	
Praxisname	
Geburtsdatum	(Tag / Monat / Jahr)
Rechtsform	<input type="checkbox"/> Einzelfirma <input type="checkbox"/> andere:
Korrespondenzsprache	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> französisch <input type="checkbox"/> italienisch
Praxis- / Standortadresse	
Adresszusatz	
Strasse	
Postfach	
PLZ / Ort	
Telefon Praxis	
Mobile	
Fax Praxis	
Homepage	
E-Mail Praxis	
Privatadresse (zwingend notwendig für die Erteilung einer ZSR-Nummer)	
Adresszusatz	
Strasse	
Postfach	
PLZ / Ort	
Land	

Zahlstellenregister

Telefon privat	
Mobile privat	
E-Mail privat	
Korrespondenzadresse:	
<input type="checkbox"/> Praxisadresse <input type="checkbox"/> Privatadresse <input type="checkbox"/> Korrespondenzadresse an Dritte (Angaben unten)	
Korrespondenzadresse an Dritte (falls gewünscht, zwingend mit Vollmacht)	
Firma	
Anrede	
Nachname	
Vorname	
Adresszusatz	
Strasse	
Postfach	
PLZ / Ort	
Land	
Telefon	
Mobile	
E-Mail	
Zahlungsverkehr (Felder Kontoinhaber müssen zwingend vollständig ausgefüllt werden)	
Abrechnung über Dritte (Inkassostelle)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Ärztekasse <input type="checkbox"/> swisscom health AG <input type="checkbox"/> Zahnärztekasse <input type="checkbox"/> VSA-IFAK <input type="checkbox"/> IFAK-DATA <input type="checkbox"/> OFAC <input type="checkbox"/> Abrechnung über Andere, Mustereinzahlungsschein beilegen
Kontoinhaber: Name	
Kontoinhaber: Zusatzname	
Kontoinhaber: Strasse	
Kontoinhaber: Postfach	
Kontoinhaber: PLZ / Ort	
Kontoart	<input type="checkbox"/> PC-Konto <input type="checkbox"/> Bankkonto
Clearing-Nummer	
Konto-Nummer	
IBAN (21-stellig)	
Name der Bank	

Zahlstellenregister

Bei elektronischer Abrechnung über eine ESR-Nummer	ESR-Nr (9-stellig) 0 1 _ _ _ _ _ Mustereinzahlungsschein beilegen
Status	
Praxiseröffnung Aufnahme der selbständigen Tätigkeit	(Tag / Monat / Jahr)
Bitte wählen Sie das Aufnahmedatum der selbständigen Tätigkeit sorgfältig aus. Falls Sie nicht unmittelbar nach dem genannten Aufnahmedatum Leistungen abrechnen, kann allenfalls die AHV die nach spätestens drei Monaten geforderte Bestätigung, dass Sie als selbständig erwerbende Person tätig sind, nicht ausstellen. In diesem Falle müssen wir die ZSR-Nummer wieder sistieren. Beachten Sie, dass das Datum der Aufnahme der selbständigen Tätigkeit nicht vor dem Gültigkeitsdatum der kantonalen Berufsausübungsbewilligung erfolgen kann. Allfällige Behandlungen vor diesem Datum können von den Versicherern verweigert werden.	
Beziehungen	
Persönliche ZSR-Nummern	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ZSR-Nr.
Persönliche K-Nr. als angestellter/leitender Logopäde	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, K-Nr.
Einzureichende Dokumente (detaillierte Angaben siehe Merkblatt)	
<input type="checkbox"/> Berufsausübungsbewilligung	
<input type="checkbox"/> Diplom oder Anerkennung durch EDK	
<input type="checkbox"/> Nachweis 2-jährige praktische Tätigkeit à 100%	
<input type="checkbox"/> Beitrittserklärung zum Tarifvertrag K/SBL und santésuisse, oder	
<input type="checkbox"/> Vertragsbeitrittsbestätigung bei Mitgliedschaft DLV, ARLD oder ALOSI	
<input type="checkbox"/> habe kein Anstellungsverhältnis, ansonsten:	
<input type="checkbox"/> Einverständnis des Arbeitgebers zur selbständigen Tätigkeit beilegen	

Zahlstellenregister

Erklärung

Der unterzeichnende Leistungserbringer bestätigt, dass die obenstehenden Angaben richtig sind. Mit der Angabe der Email-Adresse bestätigt der Gesuchsteller, dass er mit der Zustellung der ZSR-Unterlagen und dem weiteren schriftlichen Verkehr über diese E-Mail-Adresse einverstanden ist.

Er verpflichtet sich, sämtliche Änderungen mit dem aktuellen offiziellen Mutationsformular umgehend zu melden, damit eine Nachprüfung der Zulassungsbestimmungen erfolgen kann. Er hat das Recht, jederzeit einen aktuellen Datenauszug zu verlangen.

Der Leistungserbringer bestätigt, von den aktuellen Allgemeinen Geschäftsbedingungen des Zahlstellenregisters (AGB ZSR) Kenntnis genommen zu haben und beachtet, dass die ZSR- bzw. K-Nummer aufgrund der Angaben in diesem Formular erteilt wird. Falsche oder unvollständige Angaben können ebenso wie das Unterlassen von Mutationsmeldungen zu Problemen bei der Bezahlung der erbrachten Leistungen führen. Jegliche Haftung im Zusammenhang mit der Erteilung oder allfälligen Nichterteilung der ZSR- bzw. K-Nummer wird ausdrücklich ausgeschlossen.

Die ZSR- bzw. K-Nummer wird für den Zeitraum von 5 Jahren ausgestellt und kann anschliessend verlängert werden.

Es gilt die aktuelle Gebührenordnung und das ZSR-Bearbeitungsreglement. Beide Dokumente können auf der Web-Seite der SASIS AG www.sasis.ch/de/634 unter der Rubrik «Rechtliche Grundlagen» eingesehen werden.

Ort und Datum

Unterschrift

Vorname Name

Antragsformular und Dokumente senden an:

SASIS AG, Zahlstellenregister, Postfach 3841, 6002 Luzern 2 Universität