

# Zahlstellenregister

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

Bitte verwenden Sie dieses Formular ausschliesslich für die Beantragung einer ZSR-Nummer als natürliche, selbstständig erwerbend tätige Person. Bei der Gründung einer juristischen Person (AG, GmbH etc.) muss eine ZSR-Nummer als Organisation beantragt werden. Das entsprechende Formular finden Sie unter [www.sasis.ch/de/932](http://www.sasis.ch/de/932). Für Logopäden im Anstellungsverhältnis verwenden Sie das Formular «Ein-Austritt K-Nummer» unter [www.sasis.ch/de/933](http://www.sasis.ch/de/933).

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

<b>Basisdaten</b>	
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
<b>Praxis- / Standortadresse</b>	
Adresszusatz	
Strasse	
Postfach	
PLZ / Ort	
Telefon Praxis	
Mobile	
Fax Praxis	
Website	
E-Mail Praxis	
<b>Privatadresse (zwingend notwendig für die Erteilung einer ZSR-Nummer)</b>	
Adresszusatz	
Strasse	
Postfach	
PLZ / Ort	

## Zahlstellenregister

Land	
Telefon privat	
Mobile privat	
E-Mail privat	
<b>Korrespondenzadresse:</b> <input type="checkbox"/> Praxisadresse <input type="checkbox"/> Privatadresse <input type="checkbox"/> Korrespondenzadresse an Dritte (Angaben unten)	
<b>Korrespondenzadresse an Dritte (falls gewünscht, zwingend mit Vollmacht)</b>	
Firma	
Anrede	
Nachname	
Vorname	
Adresszusatz	
Strasse	
Postfach	
PLZ / Ort	
Land	
Telefon	
Mobile	
E-Mail	
<b>Zahlungsverkehr (Felder Kontoinhaber müssen zwingend vollständig ausgefüllt werden)</b>	
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, <b>Mustereinzahlungsschein beilegen</b>
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 _ _ _ _ _ <b>Mustereinzahlungsschein beilegen</b>
<b>Status</b>	
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.	
<b>Beziehungen</b>	
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.
<b>Einzureichende Dokumente (detaillierte Angaben siehe Merkblatt)</b>	
<input type="checkbox"/> kantonale Berufsausübungsbewilligung	
<input type="checkbox"/> Diplom oder Anerkennung durch EDK	
<input type="checkbox"/> Nachweis 2-jährige praktische Tätigkeit à 100%	

## Zahlstellenregister

### Erklärung

Der unterzeichnende Leistungserbringer bestätigt, dass die obenstehenden Angaben richtig sind.

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

Es gelten die aktuelle Gebührenordnung und das ZSR-Bearbeitungsreglement. Beide Dokumente sowie die aktuellen Allgemeinen Geschäftsbedingungen können auf der Website der SASIS AG [www.sasis.ch/de/634](http://www.sasis.ch/de/634) eingesehen werden.

**Ort und Datum**

**Unterschrift**

**Vorname Name**

Antragsformular und Dokumente senden an:

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