

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/931. Für Hebammen im Anstellungsverhältnis verwenden Sie bitte das Formular «Ein-Austritt K-Nummer» unter www.sasis.ch/de/808.

(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	
Website	
E-Mail Praxis	
Privatadresse (zwingend notwendig für die Erteilung einer ZSR-Nummer)	
Adresszusatz	
Strasse	
Postfach	
PLZ / Ort	

Zahlstellenregister

Land	
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 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 angestellte/leitende Hebamme	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, K-Nr.
Einzureichende Dokumente (detaillierte Angaben siehe Merkblatt)	
<input type="checkbox"/> kantonale Berufsausübungsbewilligung	
<input type="checkbox"/> Diplom FH (Fachhochschule) mit Registriernummer (BSc oder MSc) oder	
<input type="checkbox"/> Diplom mit Anerkennung Ausbildungsabschluss SRK oder	
<input type="checkbox"/> ausländisches Diplom mit SRK Verfügung	
<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 eingesehen werden.

Ort und Datum

Unterschrift

Vorname Name

Antragsformular und Dokumente senden an:

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