

Zahlstellenregister

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

Bitte verwenden Sie dieses Formular für die Neueröffnung eines Laboratoriums oder einen Besitzerwechsel.
Bei einem Wechsel des verantwortlichen Laborleiters oder Ein-, bzw. Austritt einer angestellten Person, finden Sie das entsprechende Formular «Ein- und Austritte K-Nr. Angestellte» unter www.sasis.ch/de/617.

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

<input type="checkbox"/> Neueröffnung ab Datum	(Tag / Monat / Jahr)
Bitte beachten Sie, dass das Datum der Eröffnung nicht vor dem Gültigkeitsdatum der kantonalen Betriebsbewilligung. Allfällige Leistungen vor diesem Datum können von den Versicherern verweigert werden.	
<input type="checkbox"/> Besitzerwechsel ab Datum	(Tag / Monat / Jahr) bestehende ZSR-Nr.
Tätiger Bereich	
<input type="checkbox"/> Privat-Laboratorium	
<input type="checkbox"/> Blutspendezentrum	
<input type="checkbox"/> Genetik-Laboratorium	
<input type="checkbox"/> Mikrobiologie-Laboratorium	
<input type="checkbox"/> Mikrobiologie/Genetik-Laboratorium	
Basisdaten	
Standort-Kanton des Labors	
GLN (Global Location Number)	
UID (Unternehmens-IdentifikationsNr.)	
Labor- / Standortname	
Firma gemäss Handelsregister	
Rechtsform	<input type="checkbox"/> AG <input type="checkbox"/> GmbH <input type="checkbox"/> Genossenschaft <input type="checkbox"/> Verein <input type="checkbox"/> Stiftung <input type="checkbox"/> Öffentlich rechtliche Institution <input type="checkbox"/> Kollektivgesellschaft <input type="checkbox"/> Kommanditgesellschaft <input type="checkbox"/> anderes:
Korrespondenzsprache	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> französisch <input type="checkbox"/> italienisch
Labor- / Standortadresse	
Adresszusatz	
Strasse	
Postfach	
PLZ / Ort	
Telefon Praxis	
Mobile	
Fax Praxis	
Website	

Zahlstellenregister

E-Mail Praxis	
Korrespondenzadresse (falls abweichend von der Adresse des Labors, 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	
Bei elektronischer Abrechnung über eine ESR-Nummer	ESR-Nr (9-stellig) <u>0</u> <u>1</u> _ _ _ _ _ Mustereinzahlungsschein beilegen

Zahlstellenregister

Angestellte, welche über eine FAMH Weiterbildung oder vom EDI ausgestellte Gleichwertigkeitsanerkennung verfügen	
<input type="checkbox"/> Laborleiter (mindestens eine angestellte Person muss leitend sein) <input type="checkbox"/> nicht leitend	
Anrede	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr
Titel	<input type="checkbox"/> Dr.
Name	
Vorname	
GLN des Angestellten	
Geburtsdatum	(Tag / Monat / Jahr)
Im Labor tätig ab	(Tag / Monat / Jahr)
K-Nummer	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, K-Nr.
Angestellte, welche über eine FAMH Weiterbildung oder vom EDI ausgestellte Gleichwertigkeitsanerkennung verfügen	
<input type="checkbox"/> Laborleiter (mindestens eine angestellte Person muss leitend sein) <input type="checkbox"/> nicht leitend	
Anrede	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr
Titel	<input type="checkbox"/> Dr.
Name	
Vorname	
GLN des Angestellten	
Geburtsdatum	(Tag / Monat / Jahr)
Im Labor tätig ab	(Tag / Monat / Jahr)
K-Nummer	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, K-Nr.
Angestellte, welche über eine FAMH Weiterbildung oder vom EDI ausgestellte Gleichwertigkeitsanerkennung verfügen	
<input type="checkbox"/> Laborleiter (mindestens eine angestellte Person muss leitend sein) <input type="checkbox"/> nicht leitend	
Anrede	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr
Titel	<input type="checkbox"/> Dr.
Name	
Vorname	
GLN des Angestellten	
Geburtsdatum	(Tag / Monat / Jahr)
Im Labor tätig ab	(Tag / Monat / Jahr)
K-Nummer	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, K-Nr.

Zahlstellenregister

Einzureichende Dokumente (detaillierte Angaben siehe Merkblatt)	
Unterlagen des Labors	
<input type="checkbox"/> kantonale Betriebsbewilligung	
<input type="checkbox"/> Bewilligung des Schweizerischen Heilmittelinstitutes Swissmedic bei Untersuchung zur Erkennung übertragbaren Krankheiten	
<input type="checkbox"/> Bewilligung BAG bei Durchführung zyto- oder molekulargenetischer Untersuchung	
Unterlagen pro Mitarbeitender	
<input type="checkbox"/> kantonale Berufsausübungsbewilligung (nur Leitende , falls im betreffenden Kanton bewilligungspflichtig)	
<input type="checkbox"/> Bestätigung FAMH-Titel oder vom EDI ausgestellte Gleichwertigkeitsanerkennung	
Erklärung	
<p>Der unterzeichnende Leistungserbringer bestätigt, dass die oben stehenden Angaben richtig sind.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Die ZSR-Nummer gilt für einen Rechtsträger pro Standort. Trägerschafts- sowie Standortwechsel müssen umgehend dem Zahlstellenregister mitgeteilt werden. Die ZSR-Nummer wird für den Zeitraum von 5 Jahren ausgestellt und kann anschliessend verlängert werden.</p> <p>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.</p> <p>Das Antragsformular muss durch eine hierfür zeichnungsberechtigte Person unterschrieben werden.</p>	
Ort und Datum	Unterschrift
_____	_____
	Vorname Name

	Funktion

Antragsformular und Dokumente senden an:

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