

Zahlstellenregister

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

Bitte verwenden Sie dieses Formular für die Neueröffnung einer Apotheke oder einen Besitzerwechsel.
Bei einem Wechsel des verantwortlichen Apothekers finden Sie das entsprechende Formular «Ein- und Austritte K-Nr. Angestellte» unter www.sasis.ch/de/616.

(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 erfolgen kann. Allfällige Leistungen vor diesem Datum können von den Versicherern verweigert werden.	
<input type="checkbox"/> Besitzerwechsel ab Datum	(Tag / Monat / Jahr) bestehende ZSR-Nr.
Basisdaten	
Standort-Kanton der Apotheke	
GLN (Global Location Number)	
UID (Unternehmens-IdentifikationsNr.)	
Name der Apotheke / Standortname	
Firma gemäss Handelsregister	
Rechtsform	<input type="checkbox"/> Einzelfirma <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
Praxis- / Standortadresse	
Adresszusatz	
Strasse	
Postfach	
PLZ / Ort	
Telefon	
Mobile	
Fax	
Homepage	
E-Mail	
Korrespondenzadresse (falls abweichend von der Adresse der Apotheke, zwingend mit Vollmacht)	
Firma	
Anrede	
Nachname	

Zahlstellenregister

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

In der Apotheke tätiger verantwortlicher Apotheker	
In der Apotheke muss mindestens ein verantwortlicher Apotheker mit einer K-Nummer registriert sein.	
Anrede	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr
Titel	<input type="checkbox"/> Dr.
Name	
Vorname	
GLN des Apotheker	
Geburtsdatum	(Tag / Monat / Jahr)
Verantwortlicher Apotheker ab	(Tag / Monat / Jahr)
K-Nummer	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, K-Nr.
Allfälliger weiterer verantwortlicher Apotheker	
Anrede	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr
Titel	<input type="checkbox"/> Dr.
Name	
Vorname	
GLN des Apotheker	
Geburtsdatum	(Tag / Monat / Jahr)
Verantwortlicher Apotheker ab	(Tag / Monat / Jahr)
K-Nummer	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, K-Nr.
Einzureichende Dokumente (detaillierte Angaben siehe Merkblatt)	
Unterlagen der Apotheke	
<input type="checkbox"/> kantonale Betriebsbewilligung	
Unterlagen pro Apotheker	
<input type="checkbox"/> kantonale Berufsausübungsbewilligung	
<input type="checkbox"/> eidgenössisches Diplom oder ausländisches Diplom mit Anerkennung durch MEBEKO	
Noch nie als leitende Person bei der SASIS AG registriert:	
<input type="checkbox"/> Eidgenössischer Titel in Offizinpharmazie (bei ausländischem Weiterbildungstitel mit Anerkennung MEBEKO)	
oder	
<input type="checkbox"/> Zertifikat über die Anerkennung der zweijährigen praktischen Weiterbildung ausgestellt durch pharmaSuisse	

Zahlstellenregister

Erklärung

Der unterzeichnende Leistungserbringer bestätigt, dass die oben stehenden 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 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.

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.

Das Antragsformular muss durch eine hierfür zeichnungsberechtigte Person unterschrieben werden.

Ort und Datum

Unterschrift

Vorname Name

Funktion

Antragsformular und Dokumente senden an:

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