

Zahlstellenregister

Mutationsformular

Bitte verwenden Sie dieses Formular ausschliesslich für Mutationsmeldungen Ihrer ZSR-Nummer als natürliche, selbständig erwerbend tätige Person. Das Mutationsformular für eine Organisation (juristische Person oder Personengesellschaft) finden Sie unter www.sasis.ch/de/773. Das Formular für Meldungen über Ein- und Austritte Ihrer Angestellten finden Sie unter: www.sasis.ch/de/780.

Art der Mutation	
<input type="checkbox"/> Namensänderung	Gültig ab: Zwingend die Kopie eines amtlichen Ausweises (z.B. ID) beilegen.
<input type="checkbox"/> Adressänderung	Gültig ab:
<input type="checkbox"/> Kontoänderung	Gültig ab:
<input type="checkbox"/> Annullierung der ZSR-Nummer	Beendigung der selbständigen Tätigkeit per: Bitte beachten Sie, dass die Krankenversicherer nach dem gewählten Datum keine Leistungen über diese ZSR-Nummer vergüten können (das Behandlungsdatum ist dabei massgebend). Des Weiteren dürfen Apotheken keine Rezepte einlösen, wenn die ZSR-Nummer sistiert ist. Eine spätere Reaktivierung der ZSR-Nummer ist jederzeit kostenlos möglich, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen nach wie vor erfüllt sind.
Basisdaten	
ZSR-Nummer	
GLN (Global Location Number)	
UID (Unternehmens-Identifikationsnr.)	
Anrede	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr
Titel	<input type="checkbox"/> Dr. med. <input type="checkbox"/> Dr. med. dent. <input type="checkbox"/> PD Dr. med. <input type="checkbox"/> med. prakt. <input type="checkbox"/> PD Dr. med. dent. <input type="checkbox"/> Prof. Dr. med. <input type="checkbox"/> Prof. Dr. med. dent
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

Zahlstellenregister

Praxis- / Standortadresse	
Adresszusatz	
Strasse	
Postfach	
PLZ / Ort	
Telefon Praxis	
Mobile	
Fax Praxis	
Website	
E-Mail Praxis	
Privatadresse	
Adresszusatz	
Strasse	
Postfach	
PLZ / Ort	
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	

Zahlstellenregister

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"/> Postkonto <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) 0 1 _ _ _ _ _ _ _ _ Mustereinzahlungsschein beilegen
Erklärung	
Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die Verwendung der weiblichen Form verzichtet	
<p>Der unterzeichnende Leistungserbringer bestätigt, dass die oben stehenden Angaben richtig sind.</p> <p>Der Leistungserbringer bestätigt, von den aktuellen Allgemeinen Geschäftsbedingungen des Zahlstellenregisters (AGB ZSR) Kenntnis genommen zu haben und beachtet, dass die ZSR-Nummer aufgrund der Angaben in diesem Formular mutiert wird. Falsche oder unvollständige Angaben können ebenso wie das Unterlassen von Mutationsmeldungen zu Problemen bei der Bezahlung der erbrachten Leistungen führen.</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>	
Ort und Datum	Unterschrift
_____	_____
	Vorname Name

Mutationsformular senden an:

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