

# Zahlstellenregister

## Mutationsformular

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

Art der Mutation	
<input type="checkbox"/> Namensänderung	Gültig ab:
<input type="checkbox"/> Adressänderung	Gültig ab:
<input type="checkbox"/> Kontoänderung	Gültig ab:
<input type="checkbox"/> Besitzerwechsel	Gültig ab:
<input type="checkbox"/> Annullierung der ZSR-Nummer	Beendigung der Tätigkeit per:
Basisdaten	
ZSR-Nummer	
GLN (Global Location Number)	
UID (Unternehmens-Identifikationsnr.)	
Praxis- / Standortnamen	
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
Praxis- / Standortadresse	
Adresszusatz	
Strasse	
Postfach	
PLZ / Ort	
Telefon Praxis	
Mobile	
Fax Praxis	
Webiste	
E-Mail Praxis	

# Zahlstellenregister

Korrespondenzadresse (falls abweichend von der Adresse der Organisation, 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, <b>Mustereinzahlungsschein beilegen</b>
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 _ _ _ _ _ _ _ _ _ <b>Mustereinzahlungsschein beilegen</b>

## Zahlstellenregister

### Erklärung

**Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die Verwendung der weiblichen Form verzichtet**

Der unterzeichnende Leistungserbringer bestätigt, dass die oben stehenden Angaben richtig sind.

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.

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.

Das Mutationsformular muss durch eine hierfür zeichnungsberechtigte Person unterschrieben

**Ort und Datum**

**Unterschrift**

---

---

**Vorname Name**

---

**Funktion**

---

Mutationsformular senden an:

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