

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) Bitte führen Sie Ihre persönliche GLN auf. | |
| 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 | |
| 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"/> andere, Bankbescheinigung der Zahlungsverbindung 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) Nicht zu verwechseln mit der QR-IBAN | |
| Name der Bank | |
| Bei elektronischer Abrechnung über eine ESR-Nummer | Überweisung mittels Referenznummer <input type="checkbox"/> gewünscht <input type="checkbox"/> nicht gewünscht |
| 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