

Zahlstellenregister

Mutationsformular

Bitte verwenden Sie dieses Formular ausschliesslich für Mutationsmeldungen Ihrer ZSR-Nummer als Organisation (juristische Person). Wenn Sie selbstständig erwerbend oder als Gesellschafter/in einer Personengesellschaft tätig sind, finden Sie das Mutationsformular unter www.sasis.ch/de/773. Das Formular für Meldungen über Ein- und Austritte Ihrer Angestellten finden Sie unter www.sasis.ch/de/1041.

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) Bitte führen Sie die GLN ihres Standortes auf.	
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"/> andere:
Korrespondenzsprache	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> französisch <input type="checkbox"/> italienisch
Praxis- / Standortadresse	
Adresszusatz	
Strasse	
Postfach	
PLZ / Ort	
Telefon Hauptnummer	
Telefon Zusatznummer	
Fax	
Website	
E-Mail	

Zahlstellenregister

Korrespondenzadresse (falls diese von der Standortadresse abweicht)	
Firma	
Anrede	
Nachname	
Vorname	
Adresszusatz	
Strasse	
Postfach	
PLZ / Ort	
Land	
Telefon Hauptnummer	
Telefon Zusatznummer	
E-Mail	
Zahlungsverbindung (wählen Sie eine der aufgeführten Varianten)	
Variante A	
Sie wünschen die Abrechnung über einen der folgenden Inkassopartner. Bitte kreuzen Sie den zutreffenden an:	
Inkassopartner	<input type="checkbox"/> Ärztekasse <input type="checkbox"/> Swisscom (Schweiz) AG <input type="checkbox"/> Zahnärztekasse <input type="checkbox"/> VSA-IFAK <input type="checkbox"/> IFAK-DATA <input type="checkbox"/> OFAC
Variante B	
Sie wünschen die Abrechnung über folgende Kontoverbindung. Wir bitten Sie, untenstehende Felder auszufüllen und eine Bankbescheinigung der Zahlungsverbindung beizulegen.	
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) Nicht zu verwechseln mit der QR-IBAN	
Name der Bank	

Zahlstellenregister

Variante A und B:

Bitte geben Sie uns an, ob die Überweisung mittels Referenznummer zu erfolgen hat.

Überweisung mittels Referenznummer gewünscht nicht gewünscht

Erklärung

Der unterzeichnende Leistungserbringer bestätigt, dass die obenstehenden 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-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.

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 Mutationsformular muss durch eine hierfür zeichnungsberechtigte Person unterschrieben werden.

Ort und Datum**Unterschrift**

Vorname Name

Funktion

Mutationsformular senden an:

SASIS AG, Zahlstellenregister, Bahnhofstrasse 7, Postfach, 6002 Luzern