

Antragsformular für die Erteilung der Zahlstellenregister-Nummer (ZSR-Nr.) **Apotheken**

ZSR-Nummern für Apotheken werden einem Rechtsträger pro Standort erteilt, an welchem Leistungen erbracht werden. Bitte verwenden Sie dieses Formular für die Neueröffnung einer Apotheke oder einen Besitzerwechsel. Die Bedingungen und Erläuterungen im Zusammenhang mit der ZSR- und K-Nummernerteilung entnehmen Sie bitte dem Merkblatt.

<input type="checkbox"/> Neueröffnung ab Datum	(Tag / Monat / Jahr)	
Bitte wählen Sie den Beginn der ZSR-Nummer anhand folgender Kriterien: <ul style="list-style-type: none"> • Zeitpunkt, ab welchem beabsichtigt wird, Leistungen zulasten der Krankenversicherer abzurechnen. • Sämtliche im Merkblatt aufgeführten Zulassungsbedingungen müssen per diesem Datum erfüllt sein. Beachten Sie, dass allfällige Leistungen vor diesem Datum von den Versicherern verweigert werden können.		
<input type="checkbox"/> Besitzerwechsel ab Datum	(Tag / Monat / Jahr)	bestehende ZSR-Nummer
Basisdaten		
Standort-Kanton der Apotheke		
GLN (Global Location Number) Bitte führen Sie die GLN ihres Standortes auf.		
UID (Unternehmens-IdentifikationsNr.)		
Name der Apotheke / Standortname		
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	
Standortadresse		
Adresszusatz		
Strasse		
Postfach		
PLZ / Ort		
Telefon Hauptnummer		
Telefon Zusatznummer		
Fax		
Website		
E-Mail		

Korrespondenzadresse (falls diese von der Standortadresse abweicht)	
Firma	
Anrede	
Name	
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"/> NOVENTI Service AG <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	

Variante A und B:	
Bitte geben Sie uns an, ob die Überweisung mittels Referenznummer zu erfolgen hat.	
Überweisung mittels Referenznummer	<input type="checkbox"/> gewünscht <input type="checkbox"/> nicht gewünscht
Angestellte Apotheker oder Apothekerinnen	
<input type="checkbox"/> leitend (eine Person muss leitend sein - Ansprechperson)	
<input type="checkbox"/> nicht leitend	
Anrede	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr
Titel	<input type="checkbox"/> Dr.
Name	
Vorname	
GLN der angestellten Person	
Geburtsdatum	(Tag / Monat / Jahr)
In der Apotheke tätig ab	(Tag / Monat / Jahr)
Bereits erteilte persönliche K-Nummer	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, K-Nummer
<input type="checkbox"/> leitend (eine Person muss leitend sein - Ansprechperson)	
<input type="checkbox"/> nicht leitend	
Anrede	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr
Titel	<input type="checkbox"/> Dr.
Name	
Vorname	
GLN der angestellten Person	
Geburtsdatum	(Tag / Monat / Jahr)
In der Apotheke tätig ab	(Tag / Monat / Jahr)
Bereits erteilte persönliche K-Nummer	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, K-Nummer
<input type="checkbox"/> leitend (eine Person muss leitend sein - Ansprechperson)	
<input type="checkbox"/> nicht leitend	
Anrede	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr
Titel	<input type="checkbox"/> Dr.
Name	
Vorname	
GLN der angestellten Person	
Geburtsdatum	(Tag / Monat / Jahr)
In der Apotheke tätig ab	(Tag / Monat / Jahr)
Bereits erteilte persönliche K-Nummer	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, K-Nummer

Einzureichende Dokumente der Apotheke	
<input type="checkbox"/> Kantonale Betriebsbewilligung als Apotheke <input type="checkbox"/> Bankbescheinigung der Zahlungsverbindung	
Einzureichende Dokumente der Angestellten	
<input type="checkbox"/> Kantonale Bewilligung für die Berufsausübung als Apotheker oder Apothekerin <input type="checkbox"/> Kantonale Bestätigung, dass die Kriterien gemäss Art. 40 KVV erfüllt sind oder kantonale Bestätigung einer «Besitzstandswahrung gemäss Abs. 2 der Übergangsbestimmungen zur KVG-Änderung vom 19. Juni 2020»	
Erklärung	
<p>Der unterzeichnende Leistungserbringer bestätigt, dass die obenstehenden Angaben richtig sind.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</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/rechtliche-grundlagen-zsr eingesehen werden.</p> <p>Das Antragsformular muss durch eine hierfür zeichnungsberechtigte Person unterschrieben werden.</p>	
Ort und Datum	Unterschrift
<hr/>	<hr/>
	Vorname Name
	<hr/>
	Funktion
	<hr/>

Antragsformular und Dokumente senden an:

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