

# Zahlstellenregister

## Mutationsformular

Bitte verwenden Sie dieses Formular ausschliesslich für Mutationsmeldungen Ihrer ZSR-Nummer als natürliche Person. Verfügen Sie über eine ZSR-Nummer als Organisation (juristische Person), dann verwenden Sie das «Mutationsformular für Organisationen».

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 Hauptnummer	
Telefon Zusatznummer	
Fax	
Website	
E-Mail	
Privatadresse	
Adresszusatz	
Strasse	
Postfach	
PLZ / Ort	
Land	
Telefon Hauptnummer	
Telefon Zusatznummer	
E-Mail	
<b>Korrespondenzadresse:</b> <input type="checkbox"/> <b>Praxisadresse</b> <input type="checkbox"/> <b>Privatadresse</b> <input type="checkbox"/> <b>Korrespondenzadresse an Dritte (Angaben unten)</b>	
Korrespondenzadresse an Dritte	
Firma	
Anrede	
Nachname	
Vorname	
Adresszusatz	
Strasse	
Postfach	
PLZ / Ort	
Land	
Telefon Hauptnummer	

# Zahlstellenregister

Telefon Zusatznummer	
E-Mail	
<b>Zahlungsverbindung</b> (wählen Sie eine der aufgeführten Varianten)	
<b>Variante A</b>	
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
<b>Variante B</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	
<b>Variante A und B:</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

## Zahlstellenregister

### 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.

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](http://www.sasis.ch/rechtliche-grundlagen-zsr) eingesehen werden.

**Ort und Datum**

**Unterschrift**

---

---

**Vorname Name**

---

Mutationsformular senden an:

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