

Zahlstellenregister

Offizielles Mutationsformular

(Die männliche Form gilt im Folgenden analog auch immer für die weibliche Form)

Bitte gut leserlich ausfüllen

<input type="checkbox"/> Adressänderung <input type="checkbox"/> Kontoänderung <input type="checkbox"/> Annullierung der ZSR-Nr. Beendigung der selbständigen Tätigkeit	Gültig ab: (TT/MM/JJJJ)
Basisdaten	
ZSR-Nummer	
GLN Global Location Number (früher EAN-Code)	
Unternehmens-Identifikations-Nummer (UID)	
Name, Vorname	
Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)	
Gewünschte Korrespondenzadresse	<input type="checkbox"/> Praxisadresse <input type="checkbox"/> Privatadresse <input type="checkbox"/> Korrespondenzadresse an Dritte (nur mit entsprechender Vollmacht) Falls nichts angekreuzt wird, übernehmen wir die Praxisadresse
Praxisadresse	
Zusatzname	
Adresse, Postfach	
PLZ, Ort	
Telefon	
Natel *)	
Fax	
Homepage *)	
E-Mail *)	
Privatadresse	
Zusatzname	
Adresse, Postfach	
PLZ, Ort	
Telefon	

Zahlstellenregister

Korrespondenzadresse an Dritte (nur mit entsprechender Vollmacht)	
Adresszeile 1	
Adresszeile 2	
Adresszeile 3	
Strasse	
Postfach	
PLZ, Ort	
Zahlungsverkehr (Felder Kontoinhaber müssen zwingend vollständig ausgefüllt werden)	
Kontoart	<input type="checkbox"/> PC-Konto <input type="checkbox"/> Bankkonto
IBAN (21-stellig)	
Konto-Nummer	
Clearing-Nummer	
Bei elektronischer Abrechnung über eine ESR-Nummer, Mustereinzahlungsschein beilegen	ESR-Nr. (9-stellig) _ _ _ _ _ _ _ _ _
Kontoinhaber: Name, Vorname	
Kontoinhaber: Zusatzname	
Kontoinhaber: Strasse / Postfach	
Kontoinhaber: PLZ, Ort	
Abrechnung über Dritte (Inkassostelle)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ärztekasse <input type="checkbox"/> curabill <input type="checkbox"/> Zahnärztekasse <input type="checkbox"/> OFAC <input type="checkbox"/> VSA-IFAK <input type="checkbox"/> IFAK-DATA <input type="checkbox"/> Abrechnung über Andere, Mustereinzahlungsschein beilegen
Erklärung	
<p>Mit der Unterschrift wird die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben bestätigt. Die mit *) bezeichneten Angaben sind optional. Mit der Angabe der Email-Adresse bestätigt der Nummerninhaber, dass er mit weiterem schriftlichem Verkehr über diese Email-Adresse einverstanden ist.</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>Im Übrigen gilt das aktuelle ZSR-Bearbeitungsreglement, welches auf der Web-Seite der SASIS AG www.zahlstellenregister.ch eingesehen werden kann.</p>	
Ort und Datum	Unterschrift Leistungserbringer

Formular senden an:

SASIS AG, Ressort ZSR, Postfach 3841, 6002 Luzern 2 Universität, Fax 041 220 04 44