

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.

Legende:

- a) Pflichtfeld und Daten werden dem Vertragspartner (z. B. Versicherer) übermittelt
b) Kein Pflichtfeld, Daten werden dem Vertragspartner (z. B. Versicherer) übermittelt
c) Kein Pflichtfeld, Daten werden dem Vertragspartner (z. B. Versicherer) nicht übermittelt

Tätigkeitsbereich	
a) Pro Tätigkeitsbereich muss eine separate ZSR-Nummer erteilt werden: ☐ Öffentliche Apotheke ☐ Versandhandel	
Die Erteilung einer ZSR für den Versandhandel setzt eine ZSR als öffentliche Apotheke voraus. Falls nur eine zusätzliche ZSR für den Versandhandel benötigt wird, notieren Sie hier Ihre ZSR als öffentliche Apotheke:	
ZSR-Nummer	
Basisdaten	
a) Kanton, in welchem Leistungen erbracht werden	
a) GLN (Global Location Number) Bitte führen Sie die GLN ihres Standortes auf.	Bsp. GLN: 7601123456789
a) UID (Unternehmens-Identifikationsnummer)	CHE Bsp. UID: CHE123456789
a) Standortname	
a) Firma gemäss Handelsregister	
a) Rechtsform	☐ AG ☐ GmbH ☐ Genossenschaft ☐ Verein ☐ Stiftung ☐ öffentlich rechtliche Institution ☐ Kollektivgesellschaft ☐ Kommanditgesellschaft ☐ andere:
a) Korrespondenzsprache	☐ deutsch ☐ französisch ☐ italienisch

Standortadresse	
b) Adresszusatz	
a) Strasse	
b) Postfach	
a) PLZ / Ort	
a) Telefon Hauptnummer	
b) Telefon Zusatznummer	
b) Fax	
b) Website	
a) E-Mail	
Korrespondenzadresse für die Kommunikation mit der SASIS AG	
Falls für die Kommunikation mit der SASIS AG eine abweichende Korrespondenzadresse als die Standortadresse gewünscht wird, können Sie die Adresse unter Korrespondenzadresse notieren. Bitte beachten Sie, dass die Korrespondenzadresse ab sofort gültig sein muss.	
Korrespondenzadresse (falls diese von der Standortadresse abweicht)	
c) Firma	
c) Anrede	☐ Herr ☐ Frau
c) Name	
c) Vorname	
c) Adresszusatz	
c) Strasse	
c) Postfach	
c) PLZ / Ort	
c) Land	
c) Telefon Hauptnummer	
c) Telefon Zusatznummer	
c) E-Mail	

Zahlungsverbindung	
Wählen Sie Variante A oder Variante B und füllen Sie die entsprechenden Pflichtfelder aus. Wenn Sie Variante A wählen, können Sie Variante B leer lassen.	
Variante A	
Sie wünschen die Abrechnung über einen der folgenden Inkassopartner. Bitte kreuzen Sie den zutreffenden an.	
a) Inkassopartner	☐ Ärztekasse ☐ Swisscom (Schweiz) AG ☐ Zahnärztekasse ☐ NOVENTI Service AG ☐ IFAK-DATA ☐ OFAC
Variante B (nur ausfüllen, wenn nicht Variante A gewählt wurde)	
Sie wünschen die Abrechnung über eine Zahlungsverbindung. Wir bitten Sie, untenstehende Pflichtfelder ausfüllen und eine Bankbescheinigung (z. B. Mustereinzahlungsschein) der Zahlungsverbindung beizulegen. Folgendes ist zu beachten: • Es darf sich nicht um eine QR-IBAN handeln. • Pro ZSR-Nummer ist nur eine Zahlungsverbindung möglich, nicht mehrere. • Die IBAN muss zu einem Schweizer Bankkonto gehören.	
a) Kontoinhaber: Name	
a) Kontoinhaber: Strasse	
b) Kontoinhaber: Postfach	
a) Kontoinhaber: PLZ / Ort	
a) IBAN (21-stellig)	Bsp. CH44 0700 0800 1234 1000 4
Startdatum der ZSR-Nummer	
Bitte wählen Sie das Startdatum der ZSR-Nummer anhand folgender Kriterien: • Zeitpunkt, ab welchem beabsichtigt wird, Behandlungen zulasten der Krankenversicherer zu erbringen. • Sämtliche im Merkblatt aufgeführten Zulassungsbedingungen müssen per diesem Datum erfüllt sein. • Das Startdatum darf nicht mehr als sechs Monate in der Zukunft liegen. Beachten Sie, dass allfällige Leistungsabrechnungen für Behandlungen vor diesem Datum von den Versicherern verweigert werden können.	
a) Startdatum der ZSR-Nummer	Bsp. 01.01.2024

Angestellte Apotheker oder Apothekerinnen	
Angestellte Apotheker oder Apothekerinnen, welche ihren Beruf gemäss Medizinalberufegesetz (MedBG) in eigener fachlicher Verantwortung ausüben und die Kriterien gemäss Art. 40 KVV erfüllen.	
a) ☐ leitend (eine Person muss leitend sein - Ansprechperson) ☐ nicht leitend	
a) Anrede	☐ Frau ☐ Herr
b) Titel	☐ Dr.
a) Name	
a) Vorname	
a) Persönliche GLN	Bsp. GLN: 7601123456789
a) Geburtsdatum	Bsp. 09.12.1968
a) Startdatum Sämtliche im Merkblatt aufgeführten Zulassungsbedingungen müssen per diesem Datum erfüllt sein.	Bsp. 01.01.2024
b) Bereits erteilte persönliche K-Nummer	K-Nummer:
a) ☐ leitend (eine Person muss leitend sein - Ansprechperson) ☐ nicht leitend	
a) Anrede	☐ Frau ☐ Herr
b) Titel	☐ Dr.
a) Name	
a) Vorname	
a) Persönliche GLN	Bsp. GLN: 7601123456789
a) Geburtsdatum	Bsp. 09.12.1968
a) Startdatum Sämtliche im Merkblatt aufgeführten Zulassungsbedingungen müssen per diesem Datum erfüllt sein.	Bsp. 01.01.2024
b) Bereits erteilte persönliche K-Nummer	K-Nummer:
Bei weiteren in der Organisation tätigen Personen bitten wir Sie, die Seite 4 zu kopieren und auszufüllen.	
Einzureichende Dokumente der Apotheke	
☐ Kopie der kantonale Betriebsbewilligung als Apotheke ☐ Sofern eine ZSR für den Versandhandel beantragt wird: Kopie der kantonalen Bewilligung zum Versandhandel mit Arzneimittel ☐ Bankbescheinigung der Zahlungsverbindung (falls bei Zahlungsverbindung Variante B gewählt wurde)	
Einzureichende Dokumente der Angestellten	
☐ Kopie der (detaillierten) kantonalen Bewilligung für die Berufsausübung als Apotheker oder Apothekerin ☐ Kopie der (detaillierten) kantonalen Bestätigung, dass die Kriterien gemäss Art. 40 KVV erfüllt sind oder kantonale Bestätigung einer «Besitzstandswahrung gemäss Abs. 2 der Übergangsbestimmungen zur KVG-Änderung vom 19.06.2020	

Erklärung

Der unterzeichnende Leistungserbringer bestätigt, dass die obigen Angaben korrekt 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- 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.

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 sind auf der Website der SASIS AG www.sasis.ch/rechtliche-grundlagen-zsr aufgeschaltet.

Das Antragsformular muss durch eine hierfür zeichnungsberechtigte Person unterschrieben werden.

Ort und Datum	
Vorname Name	
Funktion	
Unterschrift	

Bitte senden Sie uns den Antrag erst zu, wenn alle notwendigen Dokumente vorhanden und alle Pflichtfelder ausgefüllt sind.

Antragsformular und Dokumente senden an:

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