Antragsformular für die Zahlstellenregister-Nummer (ZSR-Nr.)

Bei der Gründung einer juristischen Person (AG, GmbH etc.) muss eine ZSR-Nummer als Organisation beantragt werden. Das vorliegende Formular dient diesem Zweck. Für med. Masseure, welche in der Organisation tätig sind, finden Sie das entsprechende Antragsformular «Ein-Austritt K-Nummer» unter [www.lkv.li](http://www.lkv.li) oder Sie beantworten die Fragen direkt in diesem Formular auf S. 3. Für die Beantragung einer ZSR-Nummer als natürliche, selbstständig tätige Person finden Sie das Formular unter [www.lkv.li](http://www.lkv.li).

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Basisdaten** | |
| Standort der Organisation | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| GLN (Global Location Number) | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| UID (Unternehmens-IdentifikationsNr.) | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Praxis- / Standortname | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Firma gemäss Handelsregister | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Rechtsform (Die Organisation nach Art. 52a KVV darf keine Einzelfirma sein) | AG  GmbH  Genossenschaft  Verein  Stiftung  Öffentlich rechtliche Institution  Kollektivgesellschaft   Kommanditgesellschaft  anderes: |
| Korrespondenzsprache | deutsch  französisch  italienisch |
| **Praxis- / Standortadresse** | |
| Adresszusatz | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Strasse | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Postfach | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| PLZ / Ort | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Telefon Praxis | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Mobile | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Fax Praxis | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Homepage | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| E-Mail Praxis | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Korrespondenzadresse (falls abweichend von der Adresse der Organisation, zwingend mit Vollmacht)** | |
| Firma | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Anrede | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Nachname | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Vorname | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Adresszusatz | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Strasse | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Postfach | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| PLZ / Ort | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Land | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Telefon | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Mobile | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| E-Mail | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Zahlungsverkehr (Felder Kontoinhaber müssen zwingend vollständig ausgefüllt werden)** | |
| Abrechnung über Dritte (Inkassostelle) | Nein  Ärztekasse  swisscom health AG  Zahnärztekasse  VSA-IFAK  IFAK-DATA  OFAC  Abrechnung über Andere, **Mustereinzahlungsschein beilegen** |
| Kontoinhaber: Name | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Kontoinhaber: Zusatzname | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Kontoinhaber: Strasse | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Kontoinhaber: Postfach | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Kontoinhaber: PLZ / Ort | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Kontoart | PC-Konto  Bankkonto |
| Clearing-Nummer | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Konto-Nummer | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| IBAN (21-stellig) | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Name der Bank | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Bei elektronischer Abrechnung über eine ESR-Nummer | ESR-Nr (9-stellig) 0 1 \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_  **Mustereinzahlungsschein beilegen** |
| **Status** | |
| Eröffnung der Organisation | (Tag / Monat / Jahr) |
| Bitte beachten Sie, dass das Datum der Eröffnung nicht vor dem Gültigkeitsdatum der Betriebsbewilligung erfolgen kann. Allfällige Leistungen vor diesem Datum können von den Versicherern verweigert werden. | |
| **In der Organisation tätige med. Masseure** | |
| **WICHTIG** Physiotherapeuten, welche im Angestelltenverhältnis einer Organisation tätig sind, wird eine K-Nummer erteilt. Mit der Erteilung einer K-Nr. wird eine bereits bestehende, persönliche ZSR-Nr. des Physiotherapeuten sistiert.  Sollte ein Physiotherapeut nur Teilzeit in der Organisation tätig sein, und möchte aus diesem Grunde seine ZSR-Nr. behalten, benötigen wir eine **schriftliche begründete Erklärung des med. Masseurs**. | |

|  |  |
| --- | --- |
| **In der Organisation tätige med. Masseur** | |
| leitender med. Masseur  nicht leitender med. Masseur | Mindestens ein in der Organisation angestellter med. Masseur muss leitend sein. |
| Anrede | Frau  Herr |
| Name | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Vorname | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| GLN des med. Masseure | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Geburtsdatum | (Tag / Monat / Jahr) |
| In der Organisation tätig ab | (Tag / Monat / Jahr) |
| K-Nummer | nein  ja, K-Nr. K-Nr. angeben |
| ZSR-Nummer | nein  ja, ZSR-Nr. ZSR-Nr. angeben |
| **Weitere in der Organisation tätige med. Masseur** | |
| leitender med. Masseur  nicht leitender med. Masseur | Mindestens ein in der Organisation angestellter med. Masseur muss leitend sein. |
| Anrede | Frau  Herr |
| Name | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Vorname | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| GLN des med. Masseur | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Geburtsdatum | (Tag / Monat / Jahr) |
| In der Organisation tätig ab | (Tag / Monat / Jahr) |
| K-Nummer | nein  ja, K-Nr. K-Nr. angeben |
| ZSR-Nummer | nein  ja, ZSR-Nr. ZSR-Nr. angeben |
| **Weitere in der Organisation tätige med. Masseur** | |
| leitender med. Masseur  nicht leitender med. Masseur | Mindestens ein in der Organisation angestellter med. Masseur muss leitend sein. |
| Anrede | Frau  Herr |
| Name | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Vorname | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| GLN des med. Masseur | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Geburtsdatum | (Tag / Monat / Jahr) |
| In der Organisation tätig ab | (Tag / Monat / Jahr) |
| K-Nummer | nein  ja, K-Nr. K-Nr. angeben |
| ZSR-Nummer | nein  ja, ZSR-Nr. ZSR-Nr. angeben |
| **Bei weiteren in der Organisation tätigen med. Masseur bitten wir Sie, die Seite 3 zu kopieren und auszufüllen.** | |
| **Einzureichende Dokumente (detaillierte Angaben siehe Merkblatt)** | |
| **Unterlagen der Organisation** | |
| Betriebsbewilligung Fürstentum Liechtenstein | |
| **Unterlagen pro med. Masseur** | |
| Berufsausübungsbewilligung (**nur leitende med. Masseur**) Fürstentum Liechtenstein | |
| Ausbildungsnachweise für leitende und nicht leitende Angestellte gemäss Merkblatt | |
| Hippotherapie-Diplom, falls vorhanden | |
| Nachweis 2-jährige praktische Tätigkeit à 100 | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Erklärung** | |
| Der unterzeichnende Leistungserbringer bestätigt, dass die obenstehenden Angaben richtig sind. Mit der Angabe der Email-Adresse bestätigt der Gesuchsteller, dass er mit der Zustellung der ZSR-Unterlagen und dem weiteren schriftlichen Verkehr über diese E-Mail-Adresse einverstanden ist.  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- bzw. K-Nummer wird für den Zeitraum von 5 Jahren ausgestellt und kann anschliessend verlängert werden.  Es gilt die aktuelle Gebührenordnung und das ZSR-Bearbeitungsreglement. Beide Dokumente können auf der Web-Seite der SASIS AG [www.sasis.ch/de/634](http://www.sasis.ch/de/634) eingesehen werden. | |
| Ort und Datum | Unterschrift  Vorname Name |

Antragsformular und Dokumente senden an:   
**Liechtensteinischer Krankenkassenverband, Landstrasse 151, 9494 Schaan**

**oder Mail an** [**manuela.kaufmann@lkv.li**](mailto:manuela.kaufmann@lkv.li)

**Tel. 00423 233 43 00**