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 |       |
| GLN (Global Location Number) |       |
| UID (Unternehmens-IdentifikationsNr.) |       |
| Praxis- / Standortname |       |
| Firma gemäss Handelsregister |       |
| 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 |       |
| Strasse |       |
| Postfach |       |
| PLZ / Ort  |       |
| Telefon Praxis |       |
| Mobile |       |
| Fax Praxis |       |
| Homepage |       |
| E-Mail Praxis |       |
| **Korrespondenzadresse (falls abweichend von der Adresse der Organisation, zwingend mit Vollmacht)** |
| Firma |       |
| Anrede |       |
| Nachname |       |
| Vorname |       |
| Adresszusatz |       |
| Strasse |       |
| Postfach |       |
| PLZ / Ort |       |
| Land |       |
| Telefon |       |
| Mobile |       |
| E-Mail |       |
| **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  |       |
| Kontoinhaber: Zusatzname |       |
| Kontoinhaber: Strasse |       |
| Kontoinhaber: Postfach |       |
| Kontoinhaber: PLZ / Ort |       |
| Kontoart  | [ ]  PC-Konto [ ]  Bankkonto |
| Clearing-Nummer |       |
| Konto-Nummer |       |
| IBAN (21-stellig) |       |
| Name der Bank |       |
| 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 |       |
| Vorname |       |
| GLN des med. Masseure |       |
| Geburtsdatum | (Tag / Monat / Jahr) |
| In der Organisation tätig ab | (Tag / Monat / Jahr) |
| K-Nummer | [ ]  nein [ ]  ja, K-Nr.       |
| ZSR-Nummer | [ ]  nein [ ]  ja, ZSR-Nr.       |
| **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 |       |
| Vorname |       |
| GLN des med. Masseur |       |
| Geburtsdatum | (Tag / Monat / Jahr) |
| In der Organisation tätig ab | (Tag / Monat / Jahr) |
| K-Nummer | [ ]  nein [ ]  ja, K-Nr.       |
| ZSR-Nummer | [ ]  nein [ ]  ja, ZSR-Nr.       |
| **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 |       |
| Vorname |       |
| GLN des med. Masseur |       |
| Geburtsdatum | (Tag / Monat / Jahr) |
| In der Organisation tätig ab | (Tag / Monat / Jahr) |
| K-Nummer | [ ]  nein [ ]  ja, K-Nr.       |
| ZSR-Nummer | [ ]  nein [ ]  ja, ZSR-Nr.       |
| **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 dem Liechtensteinischen Krankenkassenverband (LKV) [www.lkv.li](http://www.lkv.li) 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.Gemäss Art. 72a KVV werden die entstehenden Kosten (SASIS und LKV) bei der Zuteilung von ZSR und K-Nr. an die Leistungserbringer weiterverrechnet. |
| Ort und Datum | UnterschriftVorname Name |

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

**oder Mail an** **manuela.kaufmann@lkv.li**

**Tel. 00423 233 43 00**