Ein- und Austritt Kontrollnummer (K-Nr.)

Bitte verwenden Sie dieses Formular für einen Wechsel des verantwortlichen Apothekers, der verantwortlichen Apothekerin. Für die Neueröffnung einer Apotheke oder einen Besitzerwechsel, verwenden Sie bitte das Formular unter [www.lkv.li](http://www.lkv.li) .

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Arbeitgeber** | |
| ZSR-Nummer des Apotheke |  |
| Name der Apotheke |  |
| **Eintritt verantwortlicher Apotheker** | |
| Anrede | Frau  Herr |
| Name |  |
| Vorname |  |
| GLN der angestellten Person |  |
| Geburtsdatum | (Tag/Monat/Jahr) |
| Angestellt ab | (Tag/Monat/Jahr) |
| Persönliche K-Nummer | nein  ja, K-Nummer K-Nr. angeben |
| **Einzureichende Dokumente (detaillierte Angaben siehe Merkblatt)** | |
| Berufsausübungsbewilligung Fürstentum Liechtenstein | |
| eidgenössisches Diplom oder ausländisches Diplom | |
| eidgenössischer Title in Offizinpharmazie oder  FPH-Weiterbildungsdiplom oder  Nachweis einer zweijährigen praktischen Tätigkeit | |
| **Austritt verantwortlicher Apotheker** | |
| K-Nummer |  |
| Name |  |
| Vorname |  |
| Austritt per | (Tag/Monat/Jahr) |

|  |  |
| --- | --- |
| **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 | Unterschrift  Vorname Name |

Formular und Dokumente senden an:   
**Liechtensteinischer Krankenkassenverband, Wuhrstrasse13, Postfach 281,9490 Vaduz**

**oder Mail** [**info@lkv.li**](mailto:info@lkv.li)

**Tel. 00423 233 43 00**