

Registro dei codici creditori

Formulario di modifica per persone fisiche

Si prega di utilizzare il presente formulario esclusivamente per notificare modifiche del suo numero RCC come persona fisica. Se possiede un numero RCC come organizzazione (persona giuridica), dovrà usare il «Formulario di mutazione per organizzazioni».

Genere modifica	
<input type="checkbox"/> Modifica nome	Valido da: Allegare assolutamente copia di un documento di identificazione (per es. carta d'identità).
<input type="checkbox"/> Modifica indirizzo	Valido da:
<input type="checkbox"/> Modifica conto	Valido da:
<input type="checkbox"/> Annullamento numero RCC	Cessazione dell'attività dal giorno: La preghiamo di prendere nota che dopo la data scelta gli assicuratori malattia non potranno saldare le fatture a favore di questo numero RCC (fa fede la data in cui è stato effettuato il trattamento). Sarà possibile riattivare il suo numero RCC in un secondo momento, a condizione che le condizioni di legge siano soddisfatte.
Dati di base	
Numero RCC	
GLN (Global Location Number)	
UID (numero di identificazione delle imprese)	
Titolo personale	<input type="checkbox"/> Signora <input type="checkbox"/> Signor
Titolo di studio	<input type="checkbox"/> Dr. med. <input type="checkbox"/> Dr. med. dent. <input type="checkbox"/> PD dr. med. <input type="checkbox"/> Med. pract. <input type="checkbox"/> PD dr. med. dent. <input type="checkbox"/> Prof. dr. med. <input type="checkbox"/> Prof. dr. med. dent
Cognome	
Nome	
Nome dello studio	
Data di nascita	(Giorno / mese / anno)
Forma giuridica	<input type="checkbox"/> Ditta individuale <input type="checkbox"/> Altro:
Lingua per la corrispondenza	<input type="checkbox"/> Tedesco <input type="checkbox"/> Francese <input type="checkbox"/> Italiano
Indirizzo studio / sede	
Aggiunta indirizzo	
Via	

Registro dei codici creditori

Casella postale	
NPA / Località	
Numero di telefono principale	
Numero di telefono aggiuntivo	
Fax	
Sito web	
E-mail	
Indirizzo privato	
Aggiunta indirizzo	
Via	
Casella postale	
NPA / Località	
Paese	
Numero di telefono principale	
Numero di telefono aggiuntivo	
E-mail	
Indirizzo per la corrispondenza:	
<input type="checkbox"/> indirizzo studio	
<input type="checkbox"/> indirizzo privato	
<input type="checkbox"/> indirizzo corrispondenza a terzi (indicazioni qui di seguito)	
Indirizzo per la corrispondenza a terzi	
Ditta	
Titolo personale	
Cognome	
Nome	
Aggiunta indirizzo	
Via	
Casella postale	
NPA / Località	
Paese	
Numero di telefono principale	
Numero di telefono aggiuntivo	
E-mail	

Registro dei codici creditori

Coordinate di pagamento (selezionare una variante qui di seguito)	
Variante A	
Desidera fatturare tramite una delle seguenti società di recupero crediti. Segnare con una crocetta la voce che interessa:	
Società di recupero crediti	<input type="checkbox"/> Cassa dei medici <input type="checkbox"/> Swisscom (Svizzera) SA <input type="checkbox"/> Cassa dei dentisti <input type="checkbox"/> NOVENTI Service AG <input type="checkbox"/> IFAK-DATA <input type="checkbox"/> OFAC
Variante B	
Desidera fatturare tramite il seguente conto bancario. Si prega di compilare i campi qui di seguito e di allegare un documento della banca che certifica le coordinate di pagamento.	
Titolare del conto: nome	
Titolare del conto: nome aggiuntivo	
Titolare del conto: via	
Titolare del conto: casella postale	
Titolare del conto: NPA / Località	
Genere di conto	<input type="checkbox"/> Conto postale <input type="checkbox"/> Conto bancario
Numero di clearing	
Numero del conto	
IBAN (21 cifre) Non confondere con il QR-IBAN	
Nome della banca	
Variante A e B:	
Si prega di specificare se il pagamento va effettuato tramite numero di riferimento.	
Bonifico tramite numero di riferimento	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

Registro dei codici creditori

Dichiarazione

Il sottoscritto fornitore di prestazioni conferma l'esattezza di quanto dichiarato sopra.

Egli si impegna a notificare immediatamente qualsiasi cambiamento tramite il formulario di mutazione ufficiale, in modo da consentire la verifica delle condizioni di ammissione. Egli ha il diritto di chiedere in ogni momento un estratto aggiornato dei dati.

Il fornitore di prestazioni conferma di aver preso conoscenza delle Condizioni Generali di Contratto aggiornate del Registro dei codici creditori (CGC-RCC) e che il numero RCC viene modificato sulla base delle indicazioni fornite nel presente formulario. Le informazioni errate o incomplete, come pure la mancata notifica di modifiche, possono causare problemi nella remunerazione delle prestazioni fornite.

Fanno stato la tariffa in vigore e il regolamento per il trattamento RCC.

Entrambi i documenti e le Condizioni Generali di Contratto aggiornate si possono consultare sul sito web di santéservices sa www.santeservices.ch/it/sistemi-per-il-ramo/registro/basi-giuridiche-rcc.

Luogo e data

Firma

Nome cognome

Inviare il formulario di modifica a:

santéservices sa, Zahlstellenregister, Bahnhofstrasse 7, 6003 Luzern