

Anmeldung HIN Praxispaket PLUS

Dieses Angebot ist je Einzelperson, je ZSR-Nummer oder je Gesellschaft (GmbH, AG) lösbar



Ausprägung: 2 IDs

5 IDs

10 IDs

① Vertragsdaten ausfüllen

② HIN Identitäten wählen & Angaben zu Benutzer

③ Unterschreiben und absenden

① Vertragsnehmer und -adresse: (Abweichende Rechnungsadresse bitte auf Seite 3 notieren)

Anrede	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	Korrespondenz	<input type="checkbox"/> Deutsch	<input type="checkbox"/> Französisch
Titel	<input type="checkbox"/> Dr.	<input type="checkbox"/> Prof.	FMH-Nr.		
Facharzttitel			ZSR-Nr.		
Vorname(n)			GLN-Nr. Firma		
Nachname			GLN-Nr. Person		
Firma			Telefon		
Adresse			Fax		
Adresse 2			Mobile		
PLZ/Ort			E-Mail		

② HIN Identitäten wählen:

Ausprägungen	Persönliche HIN Identität	Unpersönliche HIN Identität
Typischer Verwendungszweck	Elektronischer Identitätsnachweis (Person), datenschutzkonforme E-Mail Korrespondenz (Sicherheit, Vertraulichkeit, Nachweisbarkeit)	Administrative Aufgaben, Rechnungsdatenlieferung beim TrustCenter, Covercard Service.
Wichtige Hinweise:	Diese HIN Identität ist eindeutig einem Benutzer (Person) zuzuordnen. Die persönliche HIN Identität bedingt eine persönliche E-Mail-Adresse. Zum Beispiel: dr.vorname.name@hin.ch ; dr.name@hin.ch ; vorname.name@hin.ch	Diese HIN Identität ist eindeutig einem Benutzer (Firma) zuzuordnen. Zum Beispiel: praxis.carl.muster@hin.ch ; praxisname@hin.ch ; firma@hin.ch
Bedingung:	Ausweiskopie (Pass oder ID) der Anmeldung beilegen.	

Identitäten auswählen	Gewünschte E-Mail-Adresse	Typ
<input type="checkbox"/> 1. Identität	_____@hin.ch <input type="checkbox"/> bestehende Adresse <input type="checkbox"/> neue Adresse	<input type="checkbox"/> persönlich, lautend auf Vertragsnehmer <input type="checkbox"/> persönlich, lautend auf zusätzliche Person (weitere Angaben auf nächsten Seiten) <input type="checkbox"/> unpersönlich, lautend auf Firma
<input type="checkbox"/> 2. Identität	_____@hin.ch	<input type="checkbox"/> persönlich, lautend auf Vertragsnehmer <input type="checkbox"/> persönlich, lautend auf zusätzliche Person (weitere Angaben auf nächsten Seiten) <input type="checkbox"/> unpersönlich, lautend auf Firma
<input type="checkbox"/> 3. Identität	_____@hin.ch	<input type="checkbox"/> persönlich, lautend auf Vertragsnehmer <input type="checkbox"/> persönlich, lautend auf zusätzliche Person (weitere Angaben auf nächsten Seiten) <input type="checkbox"/> unpersönlich, lautend auf Firma
<input type="checkbox"/> 4. Identität	_____@hin.ch	<input type="checkbox"/> persönlich, lautend auf Vertragsnehmer <input type="checkbox"/> persönlich, lautend auf zusätzliche Person (weitere Angaben auf nächsten Seiten) <input type="checkbox"/> unpersönlich, lautend auf Firma
<input type="checkbox"/> 5. Identität	_____@hin.ch	<input type="checkbox"/> persönlich, lautend auf Vertragsnehmer <input type="checkbox"/> persönlich, lautend auf zusätzliche Person (weitere Angaben auf nächsten Seiten) <input type="checkbox"/> unpersönlich, lautend auf Firma

② HIN Identitäten wählen: Angaben zu zusätzlichen Personen, notwendig falls persönliche Identitäten ausgewählt wurden						
2. Person	Anrede	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	Korrespondenz	<input type="checkbox"/> Deutsch	<input type="checkbox"/> Französisch
	Titel	<input type="checkbox"/> Dr.	<input type="checkbox"/> Prof.	FMH-Nr.		
	Facharzttitle			ZSR-Nr.		
	Vorname(n)			GLN-Nr. Firma		
	Nachname			GLN-Nr. Person		Telefon
3. Person	Anrede	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	Korrespondenz	<input type="checkbox"/> Deutsch	<input type="checkbox"/> Französisch
	Titel	<input type="checkbox"/> Dr.	<input type="checkbox"/> Prof.	FMH-Nr.		
	Facharzttitle			ZSR-Nr.		
	Vorname(n)			GLN-Nr. Firma		
	Nachname			GLN-Nr. Person		Telefon
4. Person	Anrede	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	Korrespondenz	<input type="checkbox"/> Deutsch	<input type="checkbox"/> Französisch
	Titel	<input type="checkbox"/> Dr.	<input type="checkbox"/> Prof.	FMH-Nr.		
	Facharzttitle			ZSR-Nr.		
	Vorname(n)			GLN-Nr. Firma		
	Nachname			GLN-Nr. Person		Telefon
5. Person	Anrede	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	Korrespondenz	<input type="checkbox"/> Deutsch	<input type="checkbox"/> Französisch
	Titel	<input type="checkbox"/> Dr.	<input type="checkbox"/> Prof.	FMH-Nr.		
	Facharzttitle			ZSR-Nr.		
	Vorname(n)			GLN-Nr. Firma		
	Nachname			GLN-Nr. Person		Telefon

③ Ausweiskopie(n), Unterschrift(en) und Firmenstempel:

Ja, der Anmeldung sind alle notwendigen Ausweiskopien (Pass oder ID) beigelegt.

Die/Der Unterzeichnende bestätigt, dass Sie/Er für die oben genannte Firma zeichnungsberechtigt ist, dass die Grundvoraussetzungen zum Abschluss des Vertrages erfüllt sind und dass die aufgeführten Benutzer dazu berechtigt sind, in der digitalen Welt als Vertreter/in der Firma aufzutreten. Der Vertragsnehmer bestätigt, dass die gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen.

Ort und Datum:	Firmenstempel:
Unterschrift Vertragsnehmer (1. Person)	
Unterschrift (2. Person)	Unterschrift (3. Person)
Unterschrift (4. Person)	Unterschrift (5. Person)

Formular und ID- oder Passkopien <u>per Post</u> an: Vielen Dank für Ihre Bestellung. Health Info Net AG	Health Info Net AG Pflanzschulstrasse 3 Postfach 8411 Winterthur
--	---

Anmeldung Covercard Service (optional):

HIN Identität	<input type="checkbox"/> Ja, ich möchte den HIN Covercard Service für folgende HIN Identitäten anmelden: <input type="checkbox"/> Alle auf diesem Formular genannten HIN IDs oder eine einzelne HIN ID: <input type="checkbox"/> Einzelne HIN ID mit E-Mail-Adresse:.....@hin.ch
Kartenleser	<input type="checkbox"/> Ja, ich möchte zur Abfrage der Versichertenkarte ein Lesegerät bestellen. Dieses Lesegerät kostet einmalig CHF 169.- (exkl. MwSt.).
PC / Mac mit Internetzugang	<input type="checkbox"/> Ja, ist vorhanden
Mit welchem Betriebssystem arbeiten Sie?	<input type="checkbox"/> Windows 7 / Vista / XP <input type="checkbox"/> Mac OS 10.x <input type="checkbox"/> Sonstige
Welche Software verwenden Sie für Ihre Praxisadministration?	<input type="checkbox"/> Medi Win CB pro (Ärzteliste) <input type="checkbox"/> Vitomed / Vitodata <input type="checkbox"/> Triamun <input type="checkbox"/> Aeskulap / Kern <input type="checkbox"/> PEX II / Delemed <input type="checkbox"/> Sonstige

Rechnungsadresse: (falls abweichend zu Vertragsnehmer)

Anrede	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	
Titel	<input type="checkbox"/> Dr. <input type="checkbox"/> Prof.	Firma
Vorname(n)		Adresse
Nachname		Adresse 2
Telefon		PLZ/Ort