**Anfrageformular an PVK / Ressort Tarife**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ich bin / wir sind: |[ ]  eine Versicherung |  |[ ]  Ein Vertragslieferant |
| Die Anfrage richtet sich an: |[ ]  die PVK |  |[ ]  das Ressort Tarife (des Verbands) |
|  |  |  |  |  |  |

# Registration anfragende Stelle

|  |  |
| --- | --- |
| Firma / Versicherung |  |
| VornameKontaktperson  |  | NameKontaktperson |  |
| Strasse / Nr. |  |
| PLZ |  | Ort |  |
| Telefon |  | E-Mail |  |

# Gegenpartei (z.B. IV-Stelle, SUVA, Vertragslieferant)

|  |  |
| --- | --- |
| Firma / Versicherung |  |
| Vorname Kontaktperson |  | Name Kontaktperson |  |
| Strasse / Nr. |  |
| Adresszusatz |  |
| PLZ |  | Ort |  |
| Telefon |  | E-Mail |  |

# Versicherte Person

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Vorname  |  | Name  |  |
| Strasse / Nr. |  |
| Adresszusatz |  |
| PLZ |  | Ort |  |
| Telefon |  | E-Mail |  |
| AHV-Nummer |  | Geburtsdatum |  |

# Kurze Beschreibung des Anliegens

|  |
| --- |
|  |

# Konkrete Anfrage

|  |
| --- |
|  |

# Beilagenverzeichnis

(z.B. Verordnungen, KV, Rechnungen, Fotodokumentationen, Schriftverkehr mit Versicherungen etc.)

|  |  |
| --- | --- |
| **Beilage 1** |  |
| **Beilage 2** |  |
| **Beilage 3** |  |
| **Beilage 4** |  |
| **Falls weitere** |  |

# Einverständniserklärung

|  |
| --- |
|[ ]  Mit der Einreichung dieses Antrags nehmen Sie davon Kenntnis, dass dieser der Gegenpartei (z.B. IV-Stelle, SUVA, Vertragslieferant) unterbreitet werden kann. Sie erklären sich zudem damit einverstanden, dass der Verband Fuss & Schuh den Antrag/Fall der Paritätischen Vertrauenskommission PVK Verband Fuss & Schuh - IV/UV/MV weiterleiten bzw. delegieren kann. Der aus diesem Antrag / dieser Anfrage entstehende Aufwand wird dem Antragsteller / der anfallenden Stelle zu CHF 120.00 / h zuzüglich MwSt in Rechnung gestellt. Einfache Anfragen, die weniger als 15 Minuten Zeit in Anspruch nehmen, werden nicht in Rechnung gestellt. **Für Vertragslieferanten des OSM-Tarifs entstehen durch Anfragen keine Zusatzkosten.** |

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular inkl. Beilagen **ausschliesslich** an unsere Datenschutzkonforme E-Mail-Adresse: fus@osm-hin.ch