

Antrag auf Änderung der Gebietsbezeichnung eines angestellten Zahnarztes in einem MVZ

Anträge nur im Original einreichen!

Zulassungsausschuss für Zahnärzte
- Nordbayern -
Laufertorgraben 10
90489 Nürnberg

Bei Fragen rufen Sie uns gerne an:

Tel: 0911 / 58 88 83-14
bzw. 0911 / 58 88 83-12
Fax: 089 / 7 24 01-602

MVZ: _____
Name

Anschrift

Für den vom Zulassungsausschuss Nordbayern mit Bescheid vom _____

genehmigten angestellten Zahnarzt:

Name: _____ Vorname: _____

wird ab dem _____ die Änderung der Gebietsbezeichnung gem. § 24 Abs. 6 ZÄ-ZV beantragt.

Die Anerkennung zum Führen der Gebietsbezeichnung „**Fachzahnarzt für Kieferorthopädie**“

wurde am _____ von _____

ausgestellt.

Sofern der Zahnarzt nicht in das Zahnarztregister der KZVB eingetragen ist, ist eine Kopie der Weiterbildungsurkunde sowie ein aktueller Registerauszug beizulegen, aus dem sich der Tag der Anerkennung des Rechts zum Führen der Gebietsbezeichnung ergibt.

Die Gebühr gem. § 46 Abs. 1 lit. c (ZÄ-ZV) in Höhe von **120 Euro** wurde am _____ auf das Bankkonto des Zulassungsausschusses Nordbayern bei der - Deutschen Apotheker- und Ärztebank eG Nürnberg – | **IBAN DE85 3006 0601 0101 1261 72** | **BIC DAAEDEDXXX** überwiesen.

Ort, Datum, Unterschrift Vertretungsberechtigter

Ort, Datum, Unterschrift des angestellten Zahnarztes

ABE-Praxisstempel:

Informationen gem. Art. 13 DS-GVO finden Sie in unserer [Datenschutzerklärung](#).