

Antrag auf Änderung der Gebietsbezeichnung eines angestellten Zahnarztes in einem MVZ

Zulassungsausschuss für Zahnärzte
- Südbayern -
Fallstraße 34
81369 München

Bei Fragen rufen Sie uns gerne an:

Tel.: 089 / 7 24 01-511
-507
-596
-510

MVZ: _____
Name

Anschrift

Für den vom Zulassungsausschuss Südbayern mit Bescheid vom _____
genehmigten angestellten Zahnarzt:

Name: _____ Vorname: _____

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

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 Weiter-
bildungsurkunde sowie ein aktueller Registerauszug beizulegen, aus dem sich der Tag der Anerken-
nung 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 für Zahnärzte - Südbayern - bei der Deutschen Apothe-
ker- und Ärztebank München, **IBAN DE14 3006 0601 0601 1261 72** | BIC DAAEDEDXXX, überwie-
sen.

E-Mail-Adresse des Antragsstellers: _____ **für**
evtl. Rückfragen im Zusammenhang mit dem Antrag. Diese erfolgen ausschließlich per E-Mail.

Ort, Datum, Unterschrift Vertretungsberechtigter

Ort, Datum, Unterschrift des angestellten Zahnarztes

ABE-Praxisstempel: