

# Antrag auf Verlängerung der Frist zur Aufnahme der vertragszahnärztlichen Tätigkeit

Zulassungsausschuss für Zahnärzte  
- Südbayern -  
Fallstraße 34  
81369 München

Bei Fragen rufen Sie uns gerne an:

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

Ich \_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
derzeitige Erreichbarkeit bzw. aktuelle Privatadresse

\_\_\_\_\_  
E-Mail, Telefon

beantrage die Verlängerung der Frist zur Aufnahme meiner vertragszahnärztlichen Tätigkeit für die Zulassung an dem genehmigten Vertragszahnarztsitz in:

\_\_\_\_\_ neue Praxisadresse: Straße, Hausnummer, Ort sowie Telefon, ggf. Mailadresse

Beschluss des Zulassungsausschusses Südbayern vom \_\_\_\_\_

Mir ist bekannt, dass die Fristverlängerung maximal für 3 Monate genehmigt werden kann. Ich werde die Tätigkeit voraussichtlich zum \_\_\_\_\_ aufnehmen.

Die Gebühr in Höhe von **120 Euro** gem. § 46 Abs. 1 lit. c Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte wurde am \_\_\_\_\_ auf das Konto des Zulassungsausschusses für Zahnärzte - Südbayern - bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank München IBAN **DE14 3006 0601 0601 1261 72** | BIC **DAAEDEDXXX** überwiesen.

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

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift