

Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns
Bedarfsplanung
Fallstraße 34
81369 München

**Anzeige der Beendigung der vertragszahnärztlichen
Tätigkeit außerhalb des Vertragszahnarztesitzes (Zweigpraxis)**

Hiermit wird mitgeteilt, dass die Tätigkeit in der Zweigpraxis beendet wird.

Name, Vorname des Vertragszahnarztes / Name des MVZ

Adresse der Zweigpraxis

Die Zweigpraxistätigkeit wird/wurde beendet zum: _____

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

- Dieser Standort wird aufgegeben
- Die Praxis wird mit einer Teilzulassung weitergeführt
- Dieser Standort wird als Hauptpraxissitz weitergeführt
- Mit der Pflegeeinrichtung wurde ein Kooperationsvertrag geschlossen
- Tätigkeit in der geplanten Zweigpraxis wird nicht aufgenommen

Die Praxis wird/wurde übernommen von _____

Praxisstempel / ABE-Nummer

Datum, Unterschrift des Vertragszahnarztes
(Bei MVZ: Unterschrift des Vertretungsberechtigten der MVZ-Trägergesellschaft)