

Antrag auf Genehmigung zur Führung einer KZV-übergreifenden Berufsausübungsgemeinschaft

Zulassungsausschuss für Zahnärzte
- Nordbayern -
Laufertorgraben 10
90489 Nürnberg

Anträge nur im Original einreichen!

Bei Fragen rufen Sie uns gerne an:

Tel: 0911 / 58 88 83 -12
-14
-18

Die Vertragszahnärzte / die Kieferorthopäden / die MVZs

tätig am Vertragszahnarztsitz:

1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____
5. _____	_____
6. _____	_____

beantragen die Genehmigung zum Führen einer **KZV-übergreifenden Berufsausübungsgemeinschaft** an den oben genannten Standorten ab _____.

- Dem Antrag liegt ein von allen Partnern unterschriebener Gesellschaftsvertrag in Kopie bei.
- 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.

Unsere Kontaktadresse (Zustelladresse) für alle zulassungs- und KZV-relevanten Vorgänge lautet:

Uns ist bekannt, dass **alle** zulassungs- und KZV-relevanten Unterlagen nur an die von uns benannte Kontaktadresse adressiert werden.

E-Mail Adresse des Antragstellers: _____
evtl. Rückfragen im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgen per E-Mail.

Ort, Datum

Unterschriften aller BAG-Partner:

1. _____	2. _____
3. _____	4. _____
5. _____	6. _____

