

Antrag auf Genehmigung zur Führung einer überbezirklichen Berufsausübungsgemeinschaft zwischen den Zulassungsbezirken Nord-/Südbayern

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:
bitte genaue Angabe der Adresse

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

beantragen die Genehmigung zum Führen einer überbezirklichen 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 Konto des Zulassungsausschusses für Zahnärzte - 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:

Ort, Datum

evtl. Rückfragen im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgen per E-Mail.

Unterschriften aller BAG-Partner:

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

**ab dem 7. Praxispartner bitte einen weiteren Antrag verwenden