

Antrag auf Wechsel der Rechtsform eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ)

Anträge nur im Original einreichen!

Zulassungsausschuss für Zahnärzte
- Nordbayern -
Laufertorgraben 10
90489 Nürnberg

Bei Fragen rufen Sie uns gerne an:

Tel: 0911 / 58 88 83-14
bzw. 0911 / 58 88 83-12
Fax: 089 / 7 24 01-602

Für das MVZ _____
Name des MVZs

in _____
Adresse des MVZs

betrieben in der Rechtsform einer _____

wird der **Wechsel der Rechtsform beantragt.**

Das MVZ soll ab _____ bestehen in der Rechtsform einer:

Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH)

- ✓ Gesellschaftsvertrag gem. §§ 2, 3 GmbHG
- ✓ aktueller Auszug aus dem Handelsregister (nicht älter als 3 Monate)
- ✓ aktuelle Gesellschafterliste gem. § 40 GmbHG (nicht älter als 3 Monate)
- ✓ selbstschuldnerische Bürgschaftserklärung, § 95 Abs. 2 Satz 6 SGB V

Partnerschaftsgesellschaft (PartG)

- ✓ Partnerschaftsvertrag gem. § 3 PartGG
- ✓ aktueller Auszug aus dem Partnerschaftsregister (nicht älter als 3 Monate)

Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR)

- ✓ Gesellschaftsvertrag gem. § 705 BGB

eingetragene Genossenschaft (eG)

- ✓ Satzung nach §§ 5 ff. GenG
- ✓ aktueller Auszug aus dem Genossenschaftsregister (nicht älter als 3 Monate)
- ✓ aktueller Ausdruck der Mitgliederliste gem. § 30 GenG

Kommune

- ✓ Ggf.: Satzung
- ✓ sonstige Nachweise

zulässige öffentlich-rechtliche Rechtsform nach § 95 Abs. 1a Satz 2 SGB V,
nämlich: _____

Sämtliche beizufügenden Unterlagen liegen dem Antrag bei.

Ort, Datum, Unterschrift Vertretungsberechtigter

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.