

Anzeige der Änderung des Namens eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ)

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

Wir zeigen an, dass das MVZ

bisheriger Name des MVZ

in

Adresse des MVZ

in Trägerschaft von

Name des Trägers des MVZ

ab

Datum

unter dem Namen

Hinweis: Der Begriff "Medizinisches Versorgungszentrum" oder "MVZ" ist **Pflichtbestandteil** des Namens.

geführt werden soll.

Der Namenswechsel

- steht in **keinem** Zusammenhang mit einer Änderung der Gesellschafterstruktur der Trägergesellschaft des MVZ.
- steht in Zusammenhang mit einer **Änderung der Gesellschafterstruktur** der Trägergesellschaft des MVZ. Ein Antrag auf Änderung der Gesellschafter der Trägergesellschaft des MVZ liegt dem Zulassungsausschuss vor bzw. liegt bei.
- steht in **keinem** Zusammenhang mit einem Wechsel des Trägers des MVZ.
- steht in Zusammenhang mit einem **Wechsel des Trägers** des MVZ. Ein Antrag auf Wechsel der Trägerschaft des MVZ liegt dem Zulassungsausschuss vor bzw. liegt bei.

E-Mail Adresse des Antragstellers: _____

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

Datum, Unterschrift Vertretungsberechtigter des MVZ-Trägers