

# Antrag auf Namensänderung bezüglich eines Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ)

Zulassungsausschuss für Zahnärzte  
- Nordbayern -  
Laufertorgraben 10  
90489 Nürnberg

Bei Fragen rufen Sie uns gerne an:

Tel: 0911 / 58 88 83-14

Fax: 089 / 7 24 01-602

Das MVZ \_\_\_\_\_  
bisheriger Name des MVZs

in \_\_\_\_\_  
Adresse des MVZs

beantragt die **Namensänderung des MVZ**

MVZ \_\_\_\_\_  
neuer Name / Bezeichnung des MVZ

Folgende Unterlagen sind beigefügt:

- aktueller Auszug aus dem Handelsregister
- Gründungsvertrag bzw. Gründungssatzung

ab \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Gründer oder Vertretungsberechtigter des MVZ

Die Gebühr gem. § 46 Abs. 1c (ZÄ-ZV) in Höhe von **120 Euro** wurde am \_\_\_\_\_  
auf das Bankkonto des Zulassungsausschusses Nordbayern bei der - Deutschen Apotheker- und Ärz-  
tebank eG Nürnberg – | **IBAN DE85 3006 0601 0101 1261 72** | **BIC DAAEDEDXXX** überwiesen.