

Antrag auf Verlegung des Vertragszahnarztsitzes eines MVZs

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

Das Medizinische Versorgungszentrum

Name des MVZs

Name und Adresse der Trägergesellschaft

beantragt die Verlegung des derzeitigen Vertragszahnarztsitzes von

komplette bisherige Adresse des Betriebsstandortes
nach:

neue Adresse: Straße, Hausnummer, Ort sowie Telefon, E-Mail

ab _____
Aufnahme der Tätigkeit am neuen Standort (Datum)

☐ Das MVZ beschäftigt derzeit angestellte Zahnärzte. Die entsprechenden Anträge auf Verlegung des Anstellungsortes wurden separat eingereicht.

Die Gebühr in Höhe von **120 Euro** gem. § 46 Abs. 1 lit. c Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte 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.

E-Mail Adresse des Antragstellers: _____

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

ABE-Praxisstempel:

Ort, Datum, Unterschrift MVZ Vertretungsberechtigter