

## Antrag auf Verlegung des Vertragszahnarztsitzes in ein Medizinisches Versorgungszentrum

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 -12  
-14  
-18

Ich \_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_ derzeitige Erreichbarkeit bzw. aktuelle Adresse

\_\_\_\_\_ E-Mail, Telefon

beantrage die **Verlegung** meines derzeitigen Vertragszahnarztsitzes von

\_\_\_\_\_ komplette bisherige Praxisadresse

in das **MVZ**:

\_\_\_\_\_ komplette Adresse MVZ

bei mehreren **Standorten eines MVZs** bitte genauen Standort angeben, an dem die vertragszahnärztliche Tätigkeit aufgenommen wird.

ab \_\_\_\_\_  
Aufnahme der Tätigkeit

Mir ist bekannt, dass durch die Verlegung meines Vertragszahnarztsitzes in das genannte MVZ meine Abrechnungsbefugnis endet. Die Abrechnung erfolgt dann ausschließlich über das vorgenannte MVZ. Dieses ist alleiniger Leistungserbringer der durch mich erbrachten Leistungen.

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.

**E-Mail Adresse des Antragstellers:** \_\_\_\_\_  
evtl. Rückfragen im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgen per E-Mail.

\_\_\_\_\_ Datum und Unterschrift

ABE-Praxisstempel:  


Informationen gem. Art. 13 DS-GVO finden Sie in unserer [Datenschutzerklärung](#).