

Antrag auf Verlegung des Vertragszahnarztsitzes in ein Medizinisches Versorgungszentrum

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

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. 1c (ZÄ-ZV) in Höhe von **120 Euro** wurde am _____
auf das Konto des Zulassungsausschusses Nordbayern | Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG |
IBAN DE85 3006 0601 0101 1261 72 | BIC DAAEDEDXXX überwiesen

Datum und Unterschrift

ABE-Praxisstempel: