

Antrag auf Aufhebung der Beschränkung des Versorgungsauftrages

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

Ich _____
Name

derzeitige Erreichbarkeit / Anschrift

Telefon und E-Mail

beantrage hiermit, die bestehende Beschränkung meines Versorgungsauftrages auf die Hälfte für den Vertragszahnarztsitz in

_____ ab dem _____
Bitte vollständige Praxisadresse angeben Datum

aufzuheben. Die bestehende Teilzulassung soll damit in eine **Vollzulassung gemäß § 19a Abs. 1 ZÄ-ZV umgewandelt** werden.

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.

Ort, Datum, Unterschrift

ABE-Praxisstempel:

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