

# Antrag auf Verlängerung der Frist zur Aufnahme der vertragszahnärztlichen Tätigkeit

Anträge nur im Original einreichen!

Zulassungsausschuss für Zahnärzte  
- Nordbayern -  
Laufertorgraben 10  
90489 Nürnberg

Bei Fragen rufen Sie uns gerne an:

Tel: 0911 / 58 88 83-14  
bzw. 0911 / 58 88 83-12  
Fax: 089 / 7 24 01-602

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

\_\_\_\_\_   
derzeitige Erreichbarkeit bzw. aktuelle Privatadresse

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

beantrage die **Verlängerung der Frist zur Aufnahme meiner vertragszahnärztlichen Tätigkeit** für die Zulassung an dem genehmigten Vertragszahnarztsitz in:

\_\_\_\_\_   
neue Praxisadresse: Straße, Hausnummer, Ort sowie Telefon, ggf. Mailadresse

Beschluss des Zulassungsausschusses Nordbayern vom \_\_\_\_\_.

Mir ist bekannt, dass die Fristverlängerung maximal für 3 Monate genehmigt werden kann. Ich werde die Tätigkeit voraussichtlich zum \_\_\_\_\_ aufnehmen.

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.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift