

# Antrag auf Verlegung des Vertragszahnarztsitzes

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 \_\_\_\_\_  
Titel, Name, Vorname

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

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

beantrage die **Verlegung** meines derzeitigen Vertragszahnarztsitzes **von**

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

**nach:**

\_\_\_\_\_  
neue Praxisadresse: Straße, Hausnummer, Ort sowie Telefon, E-Mail

ab \_\_\_\_\_  
Aufnahme der Tätigkeit am neuen Standort

Am neuen Standort werde ich

- eine Einzelpraxis (Neugründung) führen
- die Praxis von \_\_\_\_\_ übernehmen
- in Praxisgemeinschaft mit \_\_\_\_\_ arbeiten
- in einer örtlichen Berufsausübungsgemeinschaft (separat genehmigungspflichtig) mit \_\_\_\_\_ tätig sein
- in einer überörtliche BAG (separat genehmigungspflichtig) mit \_\_\_\_\_ tätig sein
- ich beschäftige derzeit einen bzw. mehrere angestellte Zahnärzte. Die entsprechende Verlegung(en) des Beschäftigungsortes wird gesondert beantragt.

Die Gebühr gem. § 46 Abs. 1 lit. c (ZÄ-ZV) in Höhe von **120 Euro** wurde am \_\_\_\_\_ auf das Bankkonto des Zulassungsausschusses Nordbayern bei der - Deutschen Apotheker- und Ärztebank eG Nürnberg – | **IBAN DE85 3006 0601 0101 1261 72** | **BIC DAAEDEDXXX** überwiesen.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Antragsteller

ABE-Praxisstempel:
--------------------