

Antrag auf Wechsel der Gebietsbezeichnung

für einen niedergelassenen Vertragszahnarzt

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 _____
Titel, Vorname, Name

beantrage den Wechsel der Gebietsbezeichnung gem. § 24 Abs. 6 ZÄ-ZV ab

dem _____

Die Anerkennung zum Führen der Gebietsbezeichnung „**Fachzahnarzt/-ärztin für Kieferorthopädie**“

wurde am _____ von _____ ausgestellt.
Datum ausstellende Behörde

Die Anerkennungsurkunde ist der zuständigen Bezirksstelle zur Eintragung in das Zahnarztregister vorzulegen.

Erfolgte die Eintragung ins Zahnarztregister nicht bei der KZVB, ist eine Kopie der Weiterbildungsurkunde sowie ein aktueller Registerauszug beizulegen, aus dem sich der Tag der Anerkennung des Rechts zum Führen der Gebietsbezeichnung ergibt.

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.

ABE-Praxisstempel:

Ort, Datum Unterschrift

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