

**Antrag
auf Auflösung einer bestehenden
örtlichen / überörtlichen / überbezirklichen / KZV-übergreifenden
Berufsausübungsgemeinschaft**

Zulassungsausschuss für Zahnärzte
- Südbayern -
Fallstraße 34
81369 München

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an:

zulassung-suedbayern@kzvb.de

Die Vertragszahnärzte, die Kieferorthopäden, die MVZs

tätig am Vertragszahnarztsitz:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

lösen zum _____ (vorzugsweise zum Quartalsende, da die Vergabe einer neuen ABE-Nr. erfolgt)

die bestehende örtliche / überörtliche / überbezirkliche / KZV-übergreifende
Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) auf.

Grund für die Auflösung: _____

E-Mail-Adresse der Antragssteller: _____
für evtl. Rückfragen im Zusammenhang mit dem Antrag. Diese erfolgen ausschließlich per E-Mail.

Ort, Datum

ABE-Praxisstempel:

Unterschriften aller BAG-Partner:

1. _____
3. _____
5. _____

2. _____
4. _____
6. _____