

Antrag auf Genehmigung zur Führung einer überbezirklichen Berufsausübungsgemeinschaft zwischen den Zulassungsbezirken Nord-/Südbayern

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:
bitte genaue Angabe der Adresse

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

beantragen die Genehmigung zum Führen einer überbezirklichen Berufsausübungsgemeinschaft an den oben genannten Standorten ab _____

- Dem Antrag liegt ein von allen Partnern unterschriebener Gesellschaftsvertrag in Kopie bei.
- Die Gebühr in Höhe von **120 Euro** gem. § 46 Abs. 1 lit. c Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte wurde am _____ auf das Konto des Zulassungsausschusses für Zahnärzte - Südbayern - bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank München IBAN **DE14 3006 0601 0601 1261 72** | BIC **DAAEDEDXXX** überwiesen.

Unsere Kontaktadresse (Zustelladresse) für alle zulassungs- und KZV-relevanten Vorgänge lautet:

Uns ist bekannt, dass **alle** zulassungs- und KZV-relevanten Unterlagen nur an die von uns benannte Kontaktadresse adressiert werden.

Ort, Datum

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

Unterschriften aller BAG-Partner:

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