

Antrag auf Verlegung einer bestehenden örtlichen/überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft

Zulassungsausschuss für Zahnärzte
- Südbayern -
Fallstraße 34
81369 München

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an:

zulassung-suedbayern@kzvb.de

Die Vertragszahnärzte, bzw. die Kieferorthopäden / MVZs

tätig am Vertragszahnarztsitz:

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

bitten ab _____ um die Genehmigung, die bestehende BAG an
folgendem(n) Standort(en) in:

(bitte alle Vertragszahnarztsitze mit Adresse auflisten)

führen zu dürfen. Die **Verlegungen** der Vertragszahnarztsitze der Gesellschafter wurden **separat** be-antragt.

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.

E-Mail-Adresse des Antragsstellers: _____
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. _____