

**Antrag auf Auflösung einer bestehenden
örtlichen/überörtlichen
Berufsausübungsgemeinschaft**

Zulassungsausschuss für Zahnärzte
- Südbayern -
Fallstraße 34
81369 München

Zuständigkeitsbereich A-K
Tel.: 089 / 7 24 01-511

Zuständigkeitsbereich L-Z
Tel.: 089 / 7 24 01-507

Die Vertragszahnärzte/-innen, bzw. die Kieferorthopäden/-innen tätig am Vertragszahnarztstz:

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

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

die bestehende örtliche / überörtliche *) Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) in
*) Unzutreffendes bitte streichen

_____ auf.

(bitte alle Vertragszahnarztstze mit Adresse aufführen)

Grund für die Auflösung: _____

ABE-Praxisstempel:

Ort, Datum

Unterschriften aller BAG-Partner:

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