

**Antrag auf Genehmigung zur Führung einer  
überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft (üBAG)  
innerhalb des Zulassungsbezirks Südbayern**

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 Vertragszahnarztsitz:  
(bitte genaue Angabe der Adresse)

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

bitten ab \_\_\_\_\_ um die Genehmigung der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft (üBAG) an den oben genannten Standorten.

- Dem Antrag liegt ein von **allen Partnern** unterschriebener Gesellschaftervertrag in Kopie bei.
- Die Gebühr gem. § 46 Abs. 1c (ZÄ-ZV) in Höhe von **120 Euro** wurde am \_\_\_\_\_ auf das Bankkonto des Zulassungsausschusses 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 (auch Hauptpraxissitz) gehen.

ABE-Praxisstempel:

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

Unterschriften aller BAG-Partner:

1. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_