

# Anzeige der Änderung des Namens eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ)

Zulassungsausschuss für Zahnärzte  
– Südbayern –  
Fallstraße 34  
81369 München

Bei Fragen rufen Sie uns gerne an:

Tel.: 089 / 7 24 01-511  
-507  
-596  
-510

Wir zeigen an, dass das MVZ

\_\_\_\_\_   
bisheriger Name des MVZ

in

\_\_\_\_\_   
Adresse des MVZ

in Trägerschaft von

\_\_\_\_\_   
Name des Trägers des MVZ

ab

\_\_\_\_\_   
Datum

unter dem Namen

\_\_\_\_\_   
neuer Name des MVZ

geführt werden soll.

Der Namenswechsel

steht in **keinem** Zusammenhang mit einer Änderung der Gesellschafterstruktur der Trägergesellschaft des MVZ.

steht in Zusammenhang mit einer **Änderung der Gesellschafterstruktur** der Trägergesellschaft des MVZ. Ein Antrag auf Änderung der Gesellschafter der Trägergesellschaft des MVZ liegt dem Zulassungsausschuss vor / liegt bei.

steht in **keinem** Zusammenhang mit einem Wechsel des Trägers des MVZ.

steht in Zusammenhang mit einem **Wechsel des Trägers** des MVZ. Ein Antrag auf Wechsel der Trägerschaft des MVZ liegt dem Zulassungsausschuss vor / liegt bei.

**E-Mail-Adresse des Antragsstellers:** \_\_\_\_\_ **für**  
**evtl. Rückfragen im Zusammenhang mit dem Antrag. Diese erfolgen ausschließlich per**  
**E-Mail.**

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Vertretungsberechtigter des MVZ-Trägers