Anzeige der Änderung des Namens eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ)

Zulassungsausschuss für Zahnärzte
– Südbayern –
Fallstraße 34
81369 München

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an:

zulassung-suedbayern@kzvb.de

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

Informationen gem. Art. 13 DS-GVO finden Sie in unserer Datenschutzerklärung.