

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

ABE-Nummer

in

Adresse des MVZ

in Trägerschaft von

Name des Trägers des MVZ

ab _____

Datum

unter dem Namen

neuer Name des MVZ

(Hinweis: Der Begriff „Medizinisches Versorgungszentrum“ oder „MVZ“ ist Pflichtbestandteil des Namens.)
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