

Antrag auf Verlegung des Vertragszahnarztsitzes eines MVZs

Zulassungsausschuss für Zahnärzte
- Südbayern -
Fallstraße 34
81369 München

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an:

zulassung-suedbayern@kzvb.de

Das Medizinische Versorgungszentrum

Name des MVZs

Name und Adresse der Trägergesellschaft

beantragt die Verlegung des derzeitigen Vertragszahnarztsitzes von

komplette bisherige Adresse des Betriebsstandortes

nach:

neue Adresse: Straße, Hausnummer, Ort sowie Telefon, E-Mail

ab _____
Aufnahme der Tätigkeit am neuen Standort (Datum)

☐

Das MVZ beschäftigt derzeit angestellte Zahnärzte. Die entsprechenden Anträge auf Verlegung des Anstellungsortes wurden separat eingereicht.

Die Gebühr in Höhe von **120 Euro** gem. § 46 Abs. 1 lit. c Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte wurde am _____ auf das Konto des Zulassungsausschusses für Zahnärzte - Südbayern - bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank München IBAN **DE14 3006 0601 0601 1261 72** | BIC **DAAEDEDXXX** überwiesen.

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

ABE-Praxisstempel:

Ort, Datum, Unterschrift MVZ Vertretungsberechtigter