

Antrag auf Wechsel der Trägerschaft 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

Für das MVZ _____
Name des MVZ

in _____
Adresse des MVZ

in Trägerschaft von _____

wird der **Wechsel der Trägerschaft** beantragt.

Ab _____ soll neuer Träger des vorgenannten MVZ sein:
Datum

Rechtsform des neuen Trägers / beizufügende Antragsunterlagen:

Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH)

- ✓ Gesellschaftsvertrag gem. §§ 2, 3 GmbHG
- ✓ aktueller Auszug aus dem Handelsregister (nicht älter als 3 Monate)
- ✓ aktuelle Gesellschafterliste gem. § 40 GmbHG (nicht älter als 3 Monate)
- ✓ selbstschuldnerische Bürgschaftserklärung, § 95 Abs. 2 Satz 6 SGB V

Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR)

- ✓ Gesellschaftsvertrag gem. § 705 BGB

Partnerschaftsgesellschaft (PartG)

- ✓ Partnerschaftsvertrag gem. § 3 PartGG
- ✓ aktueller Auszug aus dem Partnerschaftsregister (nicht älter als 3 Monate)

eingetragene Genossenschaft (eG)

- ✓ Satzung nach §§ 5 ff. GenG
- ✓ aktueller Auszug aus dem Genossenschaftsregister (nicht älter als 3 Monate)
- ✓ aktueller Ausdruck der Mitgliederliste gem. § 30 GenG

eingetragene Genossenschaft (eG)

- ✓ Satzung nach §§ 5 ff. GenG
- ✓ aktueller Auszug aus dem Genossenschaftsregister (nicht älter als 3 Monate)
- ✓ aktueller Ausdruck der Mitgliederliste gem. § 30 GenG

öffentlich-rechtliche Rechtsform (bei Kommunen)

- ✓ Ggf.: Satzung
- ✓ sonstige Nachweise _____

Datum, Unterschrift Vertretungsberechtigter des MVZ

Die Verwaltungsgebühr 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.