

## Antrag auf Verlegung des Vertragszahnarztsitzes in ein Medizinisches Versorgungszentrum

Zulassungsausschuss für Zahnärzte  
- Südbayern -  
Fallstraße 34  
81369 München

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an:

[zulassung-suedbayern@kzvb.de](mailto:zulassung-suedbayern@kzvb.de)

Ich \_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
derzeitige Erreichbarkeit bzw. aktuelle Adresse

\_\_\_\_\_  
E-Mail, Telefon

beantrage die Verlegung meines derzeitigen Vertragszahnarztsitzes von

\_\_\_\_\_  
komplette bisherige Praxisadresse

in das MVZ:

**komplette Adresse MVZ**

bei mehreren **Standorten eines MVZs** bitte genauen Standort angeben, an dem die vertragszahnärztliche Tätigkeit aufgenommen wird.

ab \_\_\_\_\_  
Aufnahme der Tätigkeit

Mir ist bekannt, dass durch die Verlegung meines Vertragszahnarztsitzes in das genannte MVZ meine Abrechnungsbefugnis endet. Die Abrechnung erfolgt dann ausschließlich über das vorgenannte MVZ. Dieses ist alleiniger Leistungserbringer der durch mich erbrachten Leistungen.

Die Gebühr gem. § 46 Abs. 1c (ZÄ-ZV) in Höhe von **120 Euro** wurde am \_\_\_\_\_ auf das Bankkonto des Zulassungsausschusses Südbayern bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank München, **IBAN DE14 3006 0601 0601 1261 72 | BIC DAAEDEDXXX** überwiesen.

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

\_\_\_\_\_ Datum, Unterschrift

ABE-Praxisstempel: