

# Antrag auf Namensänderung bezüglich eines Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ)

Zulassungsausschuss für Zahnärzte  
- Südbayern -  
Fallstraße 34  
81369 München

Bei Fragen rufen Sie uns gerne an:

Zuständigkeitsbereich A - K  
Tel.: 089 / 7 24 01-511

Zuständigkeitsbereich L - Z  
Tel.: 089 / 7 24 01-507

Das MVZ \_\_\_\_\_  
bisheriger Name des MVZs

in \_\_\_\_\_  
Adresse des MVZs

beantragt die **Namensänderung des MVZ**

MVZ \_\_\_\_\_  
neuer Name / Bezeichnung des MVZ

Folgende Unterlagen sind beigefügt:

- aktueller Auszug aus dem Handelsregister
- Gründungsvertrag bzw. Gründungssatzung

ab \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Gründer oder Vertretungsberechtigter des MVZ

Die Gebühr für den Antrag in Höhe von **120 Euro** wurde am \_\_\_\_\_ auf das Konto des Zulassungsausschusses Südbayern bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank München  
IBAN **DE14 3006 0601 0601 1261 72** | BIC **DAAEDEDXXX** überwiesen.