

**Antrag auf Aufhebung der
Reduzierung des Versorgungsauftrages
Umwandlung in eine Vollzulassung**

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

Ich _____
Name

derzeitige Erreichbarkeit

Telefon und E-Mail

beantrage hiermit schriftlich, die bestehende Beschränkung meines Versorgungsauftrages auf die Hälfte für den Vertragszahnarztsitz in

_____ ab dem _____
Bitte vollständige Praxisadresse angeben Datum

aufzuheben. Die bestehende Teilzulassung soll damit in eine **Vollzulassung umgewandelt** werden.

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.

ABE-Praxisstempel:

Ort, Datum, Unterschrift