

# Antrag auf Verlegung des Vertragszahnarztsitzes

Zulassungsausschuss für Zahnärzte  
- Südbayern -  
Fallstraße 34  
81369 München

Bei Fragen rufen Sie uns gerne an:

Tel.: 089 / 7 24 01-511  
-507  
-596  
-510

Ich, \_\_\_\_\_  
Name, Vorname, ggf. Titel

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse, Telefonnummer

beantrage die Verlegung meines derzeitigen Vertragszahnarztsitzes von

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

nach:

\_\_\_\_\_  
neue Praxisadresse: Straße, Hausnummer, Ort sowie Telefon, E-Mail

ab \_\_\_\_\_  
Aufnahme der Tätigkeit am neuen Standort (Datum)

Am neuen Standort werde ich

- eine Einzelpraxis führen
- die Praxis von \_\_\_\_\_ übernehmen
- in Praxisgemeinschaft mit \_\_\_\_\_ arbeiten
- in einer örtlichen Berufsausübungsgemeinschaft (*genehmigungspflichtig*) mit \_\_\_\_\_ tätig sein
- in einer überörtlichen BAG (*genehmigungspflichtig*) mit \_\_\_\_\_ tätig sein
- Ich beschäftige derzeit einen angestellten Zahnarzt. Die entsprechende Verlegung des Beschäftigungsortes wird separat beantragt.

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.

ABE-Praxisstempel:

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