

# Antrag auf Verlegung des Vertragszahnarztsitzes

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, ggf. Titel

\_\_\_\_\_  
Privatadresse, 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 Ärztekbank 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.

ABE-Praxisstempel:

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