

# Antrag auf Verlegung des Vertragszahnarztsitzes

(wird nur für **ortsübergreifende** Verlegungen benötigt)

Bei Fragen rufen Sie uns gerne an:

Zulassungsausschuss für Zahnärzte  
- Südbayern -  
Fallstraße 34  
81369 München

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

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

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

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

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

beantrage die **Verlegung** meines derzeitigen Vertragszahnarztsitzes von

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

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

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

- Ich führe dort eine Einzelpraxis (Neugründung)
- Ich übernehme die Praxis von \_\_\_\_\_
- Ich arbeite in Praxisgemeinschaft mit \_\_\_\_\_
- Ich arbeite in einer örtlichen Berufsausübungsgemeinschaft (BAG ist *genehmigungspflichtig*) mit \_\_\_\_\_
- Ich arbeite in einer überörtliche BAG (*genehmigungspflichtig*) mit \_\_\_\_\_
- Ich beschäftige in meiner Praxis eine/n angestellte/n Zahnärztin/-arzt. Der Beschäftigungsort wird wie oben angegeben entsprechend verlegt. (Der Antrag auf Verlegung der Tätigkeit eines angestellten Zahnarztes ist genehmigungspflichtig. Die Gebühr gem. § 46 Abs. 1 c ZÄ-ZV in Höhe von 120 Euro wird zur Zahlung fällig.)

\_\_\_\_\_  
Name angestellte(r) Zahnärztin/-arzt

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:
--------------------

\_\_\_\_\_ Datum und Unterschrift