

Antrag auf Verlegung des Vertragszahnarztsitzes

Anträge nur im Original einreichen!

Zulassungsausschuss für Zahnärzte
- Nordbayern -
Laufertorgraben 10
90489 Nürnberg

Bei Fragen rufen Sie uns gerne an:

Tel: 0911 / 58 88 83-14
bzw. 0911 / 58 88 83-12
Fax: 089 / 7 24 01-602

Ich _____
Titel, Name, Vorname

derzeitige Erreichbarkeit bzw. aktuelle Adresse

E-Mail, Telefon

beantrage die **Verlegung** meines derzeitigen Vertragszahnarztsitzes **von**

bisherige Praxisadresse

nach:

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

ab _____
Aufnahme der Tätigkeit am neuen Standort

Am neuen Standort werde ich

- eine Einzelpraxis (Neugründung) führen
- die Praxis von _____ übernehmen
- in Praxisgemeinschaft mit _____ arbeiten
- in einer örtlichen Berufsausübungsgemeinschaft (separat genehmigungspflichtig) mit _____ tätig sein
- in einer überörtliche BAG (separat genehmigungspflichtig) mit _____ tätig sein
- ich beschäftige derzeit einen bzw. mehrere angestellte Zahnärzte. Die entsprechende Verlegung(en) des Beschäftigungsortes wird gesondert beantragt.

Die Gebühr gem. § 46 Abs. 1 lit. c (ZÄ-ZV) in Höhe von **120 Euro** wurde am _____ auf das Bankkonto des Zulassungsausschusses Nordbayern bei der - Deutschen Apotheker- und Ärztebank eG Nürnberg – | **IBAN DE85 3006 0601 0101 1261 72** | **BIC DAAEDEDXXX** überwiesen.

Datum, Unterschrift Antragsteller

ABE-Praxisstempel:
