

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

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