

Antrag auf Genehmigung zur Führung einer überbezirklichen Berufsausübungsgemeinschaft zwischen den Zulassungsbezirken Nord-/Südbayern

Zulassungsausschuss für Zahnärzte
- Südbayern -
Fallstraße 34
81369 München

Bei Fragen rufen Sie uns gerne an:
Tel.: 089 / 7 24 01-511
-507
-596
-510

Die Vertragszahnärzte, die Kieferorthopäden, die MVZs

tätig am Vertragszahnarztsitz:
bitte genaue Angabe der Adresse

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

beantragen die Genehmigung zum Führen einer überbezirklichen Berufsausübungsgemeinschaft an den oben genannten Standorten ab _____

- Dem Antrag liegt ein von allen Partnern unterschriebener Gesellschaftsvertrag in Kopie bei.
- 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.

Unsere Kontaktadresse (Zustelladresse) für alle zulassungs- und KZV-relevanten Vorgänge lautet:

Uns ist bekannt, dass **alle** zulassungs- und KZV-relevanten Unterlagen nur an die von uns benannte Kontaktadresse adressiert werden.

Ort, Datum

E-Mail-Adresse der Antragssteller: _____
für evtl. Rückfragen im Zusammenhang mit dem Antrag. Diese erfolgen ausschließlich per E-Mail.

Unterschriften aller BAG-Partner:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____