

Antrag auf Wechsel der Rechtsform eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ)

Zulassungsausschuss für Zahnärzte
– Südbayern –
Fallstraße 34
81369 München

Bei Fragen rufen Sie uns gerne an:

Tel.: 089 / 7 24 01-511
-507
-596
-510

Für das MVZ

Name des MVZ

in

Adresse des MVZs

betrieben in der Rechtsform einer

wird der **Wechsel der Rechtsform beantragt.**

Das MVZ soll ab _____ bestehen in der Rechtsform einer:

Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH)

- ✓ Gesellschaftsvertrag gem. §§ 2, 3 GmbHG
- ✓ aktueller Auszug aus dem Handelsregister (nicht älter als 3 Monate)
- ✓ aktuelle Gesellschafterliste gem. § 40 GmbHG (nicht älter als 3 Monate)

Partnerschaftsgesellschaft (PartG)

- ✓ Partnerschaftsvertrag gem. § 3 PartGG
- ✓ aktueller Auszug aus dem Partnerschaftsregister (nicht älter als 3 Monate)

Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR)

- ✓ Gesellschaftsvertrag gem. § 705 BGB

eingetragene Genossenschaft (eG)

- ✓ Satzung nach §§ 5 ff. GenG
- ✓ aktueller Auszug aus dem Genossenschaftsregister (nicht älter als 3 Monate)
- ✓ aktueller Ausdruck der Mitgliederliste gem. § 30 GenG

Kommune

- ✓ Ggf.: Satzung
- ✓ sonstige Nachweise _____

zulässige öffentlich-rechtliche Rechtsform nach § 95 Abs. 1a Satz 2 SGB V,

nämlich: _____

Sämtliche beizufügenden Unterlagen liegen dem Antrag bei.

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

Ort, Datum, Unterschrift Vertretungsberechtigter

Die Verwaltungsgebühr in Höhe von **120 Euro** gem. § 46 Abs. 1 lit. c Zulassungsverordnung für Vertragszahn-
ärzte 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 **DAAEEDDXXX** überwiesen.