

Antrag auf Aufhebung der Beschränkung des Versorgungsauftrages

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

derzeitige Erreichbarkeit / Anschrift

Telefon und E-Mail

beantrage hiermit, die bestehende Beschränkung meines Versorgungsauftrages auf die Hälfte für den Vertragszahnarztsitz in

_____ ab dem _____
Bitte vollständige Praxisadresse angeben Datum

aufzuheben. Die bestehende Teilzulassung soll damit in eine **Vollzulassung gemäß § 19a Abs. 1 ZÄ-ZV umgewandelt** werden.

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.

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

Ort, Datum, Unterschrift

ABE-Praxisstempel: