

Antrag auf 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

Gem. § 19a Abs. 1 ZÄ-ZV ist der Zahnarzt verpflichtet, die vertragszahnärztliche Tätigkeit vollzeitig auszuüben.

Gem. § 19a Abs. 2 ZÄ-ZV ist der Zahnarzt berechtigt, durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Zulassungsausschuss seinen Versorgungsauftrag auf die Hälfte des Versorgungsauftrages nach Abs. 1 zu beschränken.

Antragsteller:

Name, Vorname, Titel Vertragszahnarzt

Praxisadresse

Telefon, E-Mail

Ich erkläre hiermit, meinen Versorgungsauftrag für den Vertragszahnarztsitz in

_____ ab dem _____
vollständige Praxisadresse Datum

auf die Hälfte des vollen Versorgungsauftrags gemäß § 19a Abs. 1 ZÄ-ZV zu beschränken.

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.

ABE-Praxisstempel:

Ort, Datum, Unterschrift