

**Antrag auf Führen einer KZV-bezirksübergreifenden überörtlichen
Berufsausübungsgemeinschaft (KÜBAG), mit Wahl KZV-Berlin**

**Zulassungsausschuss
für Zahnärzte in Berlin
Georg-Wilhelm-Str. 16
10711 Berlin**

**Fax: 030 89004-46353
E-Mail: zulassung@kzv-berlin.de**

Die Vertragszahnärzte/-innen, bzw. die Kieferorthopäden/-innen

1. _____

mit Praxissitz in _____

2. _____

mit Praxissitz in _____

3. _____

mit Praxissitz in _____

4. _____

mit Praxissitz in _____

5. _____

mit Praxissitz in _____

beantragen zum _____ die Genehmigung einer KÜBAG.

Der Hauptpraxissitz befindet sich in _____

- Einen entsprechenden Gesellschaftsvertrag legen wir bei.
- Sie dürfen die Gebühr für die Anträge der einzelnen BAG-Partner (pro Partner 120 €) vom derzeitigen Honorarkonto des jeweiligen Antragstellers abbuchen.
- Wir sind damit einverstanden, dass die Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses für Zahnärzte in Berlin die von uns eingereichten Unterlagen der KZV Berlin zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben zur Verfügung stellt.
- Partner aus KZV-Bereichen außerhalb Berlins überweisen die Gebühr an **Deutsche Apotheker- und Ärztebank**
BIC: DAAEDEDXXX, IBAN: DE74 3006 0601 0101 4120 35

Unterschriften aller Partner:

Berlin, _____