

\_\_\_\_\_  
Name des Antragstellers

\_\_\_\_\_  
Abrechnungs-Nr.

\_\_\_\_\_  
derzeitige Praxisanschrift

\_\_\_\_\_  
Tel.-Nr.

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

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

Berlin,

### **Verlegung meines Vertragszahnarztsitzes**

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich verlege meinen oben genannten derzeitigen Praxissitz nach

\_\_\_\_\_  
neue Praxisanschrift

\_\_\_\_\_  
**Telefonnummer**

zum \_\_\_\_\_  
Verlegungsdatum

Ich führe dort

eine Einzelpraxis (Neugründung)

ich übernehme die Praxis von \_\_\_\_\_

eine Praxisgemeinschaft mit \_\_\_\_\_

eine Bestätigung des/der künftigen PG-Partner liegt bei.

eine **örtliche** Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) mit \_\_\_\_\_

eine **überörtliche** BAG mit \_\_\_\_\_

die entsprechenden Anträge/Kooperationsverträge sind beigelegt

meine BAG an neuem Standort weiter.

Die Gebühr von € 120,00 für den Verlegungsantrag dürfen Sie von meinem Honorarkonto abbuchen.

Bitte sorgen Sie für eine rechtzeitige Bestellung des neuen Stempels / der neuen Stempelplatte.

Ich löse meine Berufsausübungs-/Praxisgemeinschaft mit \_\_\_\_\_ zum \_\_\_\_\_ auf.

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des ZA/der ZÄ