
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.

Den Nachweis der ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung für den neuen Praxissitz füge ich bei.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift des ZA/der ZÄ