

Zulassungsausschuss für Zahnärzte
für den Bezirk Nordrhein
c/o KZV Nordrhein
Abt. Register/Zulassung
40181 Düsseldorf

Eingang Geschäftsstelle

Antrag auf Verlegung des Vertragszahnarztsitzes gem. § 24 Abs. 7 Zahnärzte-ZV

Angaben Antragsteller/-in

Abrechnungsnummer:
Name/Titel:
Vor/Nachname
Privatadresse nach Verlegung:.....
Telefon/Fax:.....
E-Mail:

**Ich beantrage ab dem (*Datum*) die Verlegung meines derzeitigen Ver-
tragszahnarztsitzes von**

(bisherige Praxisadresse):

nach (neue Praxisadresse):.....

Telefon/Fax:
E-Mail:

- Ich führe dort eine Einzelpraxis (Neugründung).....
- Ich übernehme die Praxis von
- Ich arbeite in einer BAG mit
- Ich arbeite in Praxisgemeinschaft mit

.....
Ort/Datum

.....
(Unterschrift)

- Anlagen:**
- Mietvertrag
 - Übernahmevertrag
 - BAG-Vertrag
 - PG-Vertrag

Praxisstempel