

Geschäftsstelle Zulassungsausschuss bei der
Kassenzahnärztlichen Vereinigung Hessen
Lyoner Str. 21
60528 Frankfurt/M.
Abteilung VZD
Telefon 069/6607-392 + 385
Telefax 069/6607-374
zulassungsausschuss@kzvh.de

Eingang Geschäftsstelle

**Antrag auf Genehmigung zur Führung
einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft**

ab

für den Vertragszahnarztsitz (Hauptsitz) 1.) in:

.....
.....

1. Name/Vorname/Titel:
Privatanschrift:
Tel.:

2. Name/Vorname/Titel:
Privatanschrift:
Tel.:

für den Vertragszahnarztsitz (Nebensitz) 2.) in:

.....
.....

3. Name/Vorname/Titel:
Privatanschrift:
Tel.:

4. Name/Vorname/Titel:
Privatanschrift:
Tel.:

**Hiermit erkläre ich/wir mich/uns einverstanden, dass die Antragsgebühr gem. § 46
Abs. 1c Zahnärzte-ZV in Höhe von jeweils** (je Antragsteller/-in bzw. je bereits genehmigter
Berufsausübungsgemeinschaft) **120,00 € vom Honorarkonto der Praxis abgebucht wird.**

.....
1. Datum/Unterschrift

.....
2. Datum/Unterschrift

.....
3. Datum/Unterschrift

.....
4. Datum/Unterschrift