

Geschäftsstelle Zulassungsausschuss bei der  
Kassenzahnärztlichen Vereinigung Hessen  
Lyoner Str. 21  
60528 Frankfurt/M.  
Abteilung VZD  
Telefon 069/6607-272  
Telefax 069/6607-374  
zulassungsausschuss@kzvh.de

Eingang Geschäftsstelle

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

ab .... / .... / .....

für den Vertragszahnarztsitz in .....

1. Name/Vorname/Titel: .....  
Privatanschrift: .....  
Tel./E-Mail: .....

2. Name/Vorname/Titel: .....  
Privatanschrift: .....  
Tel./E-Mail: .....

3. Name/Vorname/Titel: .....  
Privatanschrift: .....  
Tel./E-Mail: .....

4. Name/Vorname/Titel: .....  
Privatanschrift: .....  
Tel./E-Mail: .....

Die Antragsgebühr in Höhe von 120,00 EUR je Antragsteller bzw. je bereits genehmigter Berufsausübungsgemeinschaft gem. § 46 Abs. 1c Z-ZV habe ich am .... / .... / ..... auf das Konto der Postbank Frankfurt am Main, IBAN: DE79 5001 0060 0184 3036 09, BIC: PBNKDEFF, KZV Hessen, Lyoner Str. 21, 60528 Frankfurt überwiesen.

1. .... 2. ....  
Datum/Unterschrift . Datum/Unterschrift

3. .... 4. ....  
Datum/Unterschrift Datum/Unterschrift