

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@kzv.de

Eingang Geschäftsstelle

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

ab .....

**für den Vertragszahnartzsitz 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: .....

**Hiermit erkläre/n 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