

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 Verlegung des Vertragszahnarztsitzes

Antragsteller/-in

Abrechnungsnummer:

Name/Titel:

Vorname:

Privatadresse:

Telefon/Fax:

E-Mail:

Ich beantrage ab dem die Verlegung meines derzeitigen
Vertragszahnarztsitzes 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 Berufsausübungsgemeinschaft mit

Ich arbeite in einer Praxisgemeinschaft mit

Ich arbeite im MVZ

**Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die Antragsgebühr gem. § 46 Abs. 1c
Zahnärzte-ZV in Höhe von 120,00 € vom Honorarkonto der Praxis abgebucht wird.**

.....
Ort/Datum

.....
Stempel/Unterschrift