

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 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 BAG mit

Ich arbeite in Praxisgemeinschaft mit

Ich bin beschäftigt im MVZ

Die Antragsgebühr in Höhe von 120,00 EUR für den Antrag auf Verlegung 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.

.....
Ort/Datum

.....
Stempel/Unterschrift