

Förderantrag Strukturfonds (Zulassung)

Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen
Lyoner Str. 21
60528 Frankfurt/M
Abteilung VZD
Telefon 069-6607/394
Telefax 069-6607/374
strukturfonds@kzv.de

Eingang

Antrag auf Förderung zur Zulassung als Vertragszahnärztin/Vertragszahnarzt, gemäß § 105 Abs. 1a Satz 6 SGB V

1. Ich beantrage die Zulassung

als ZA KFO

2. Antragsteller/in

Name/Vorname/Titel:

Geburtsort/-datum:

Straße:

PLZ/Ort:

Telefon/Mobil:

E-Mail:

Die Praxis wird geführt als

- Einzelpraxis
- Berufsausübungsgemeinschaft
Name/n der Person/en mit
häufiger Zulassung nach § 19a Z-ZV
(über 10 Wochenstunden)

Beginn der Tätigkeit:

Praxisanschrift:

Hiermit bestätige ich, dass ein Antrag auf Zulassung als Vertragszahnärztin/Vertragszahnarzt bereits beim Zulassungsausschuss vorliegt und mit den hier aufgeführten Daten übereinstimmt.

Ich beabsichtige, den geförderten Praxissitz für eine Zeit von mind. fünf Jahren zu führen und verpflichte mich, bei einer vorzeitigen Praxisverlegung oder -aufgabe die Fördersumme entsprechend der Dauer meiner vertragszahnärztlichen Tätigkeit anteilig zurückzuzahlen.

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift

Die Bewilligung der Förderung erfolgt durch einen Förderbescheid. Ein Rechtsanspruch auf Förderung besteht nicht. Eine evtl. Versteuerung der Fördersumme obliegt dem Antragsteller.