

Zulassungsausschuss für Ärzte
bei der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg
Pappelallee 5, 14469 Potsdam
Tel.: 0331/ 2309-970

Posteingangsstempel

**Antrag auf Genehmigung einer Verlegung des Vertragsarztsitzes gem. § 24
Abs. 7 Zulassungsverordnung-Ärzte**

Bisherige Anschrift des Vertragsarztsitzes:

Name:
zugelassen als:
PLZ, Ort:
Straße:
Telefon:

Zukünftige Anschrift des Vertragsarztsitzes:

PLZ, Ort:
Straße:
Telefon:

Verlegung wird beantragt ab:

Für den Antrag auf Genehmigung der Verlegung wird nach § 46 Abs. 1 c Ärzte-ZV eine Gebühr erhoben in Höhe von EUR 120,00. Die Gebühr wird mit **separater Rechnung** von der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses angefordert. Erst nach Entrichtung dieser Gebühr wird Ihr Antrag vor dem Zulassungsausschuss für Ärzte verhandelt.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift und Stempel

Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die KVBB (Art. 13 und 14 DSGVO) können Sie unter <http://www.kvbb.de/datenschutz> einsehen.

Falls Sie nicht über einen Internetzugang verfügen sollten, senden wir Ihnen diese gerne postalisch zu.

Verlegung_Stand: 09/2018