



Antrag auf **Zusicherung der Genehmigung**
zur Verlegung des Vertragstherapeutensitzes

Antragsteller:

Name:	
Vorname:	
Titel (akad. Grad):	

Geburtsdatum:		Geburtsort:	
----------------------	--	--------------------	--

oder Name der bestehenden Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)/ des bestehenden MVZ

Postanschrift:

PLZ:		Ort:	
Straße:		Hausnummer:	

Telefon:		FAX:	
-----------------	--	-------------	--

E-Mail:	
----------------	--

BSNR:	
--------------	--

- Psychologische(r) Psychotherapeut(in)
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut(in)
- Ärztliche(r) Psychotherapeut(in)
- Facharzt(ärztin) für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Facharzt(ärztin) für Psychotherapeutische Medizin

Optional (Im Falle der beabsichtigten Verlegung des Vertragssitzes eines zukünftig angestellten Arztes/Therapeuten)

Angaben zum angestellten Arzt/Therapeuten:

Name:	
Vorname:	
Titel (akad. Grad):	

Angaben zum Antrag

Zusicherung zur geplanten Verlegung

des derzeitigen Praxissitzes

eines Praxissitzes im Falle einer Praxisübernahme von:

Name:	
Vorname:	
Titel (akad. Grad):	

oder

Kennzahl der Ausschreibung:	
------------------------------------	--

Umfang des Versorgungsantrages:

voll Drei Viertel hälftig

von:

PLZ:		Ort:	
Straße:		Hausnummer:	

nach:

PLZ:		Ort:	
Straße:		Hausnummer:	

(Bitte geben Sie für die Prüfung Ihrer Zusicherung mindestens die Postleitzahl und den entsprechenden Ortsteil an.)

mit Wirkung ab dem:	
----------------------------	--

Begründung zur Versorgungslage nach § 24 Abs. 7 Ärzte-ZV: (ggf. als Anlage beifügen) Persönliche Gründe können nicht berücksichtigt werden.

Antragsgebühr

- Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass die nach § 46 Ärzte-ZV entstandene Gebühr in Höhe von 120,00 EUR von der Vertragsabrechnung bei der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe dem Konto der Buchhaltung gutgeschrieben wird.

Für Antragsteller, die bislang nicht im Bereich der KVWL zugelassen sind:

Die Antragsgebühr nach § 46 Ärzte-ZV in Höhe von 120,00 EUR wurde an die Kassenärztlichen Vereinigung überwiesen am:

(Konto: Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Dortmund, IBAN DE82 3006 0601 0002 6131 23, BIC DAAEDEDXXX)

Nach § 38 Ärzte-ZV wird über den Antrag erst nach Entrichtung der nach § 46 Ärzte-ZV zu zahlenden Gebühr verhandelt.

Bitte beachten Sie die [Erläuterungen](#) zu der Antragsstellung und unsere [Antragsfristen](#).

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der vorstehenden Angaben.

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Praxisinhabers/ aller Partner der BAG/ des Geschäftsführers des MVZ)