



E-Mail: ZA@KVWL.de Fax: 0231 9432-3927

Antrag
auf Verlegung des Standortes bei Genehmigung
zur Beschäftigung eines Arztes in einer Versorgerzweigpraxis

Antragsteller: Praxisinhaber / Berufsausübungsgemeinschaft / MVZ

Name:	
Vorname:	
Titel (akad. Grad):	

**oder Name der bestehenden Berufsausübungsgemeinschaft (Sofern erfolgt
entsprechend der Registereintragung) / des bestehenden MVZ**

(N)BSNR:	
-----------------	--

Praxisanschrift:

PLZ:		Ort:	
Straße:		Hausnummer:	

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

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

Angaben zum angestellten Arzt

Name:	
Vorname:	
Titel (akad. Grad)	
LANR:	

Facharztbezeichnung und ggf. sonstige Bezeichnungen:	
---	--

Angaben zum Antrag

Ich/Wir beantrage(n) die Verlegung des Standortes der uns erteilten Genehmigung zur Beschäftigung eines Arztes in einer Versorgerzweigpraxis

von:

PLZ:		Ort:	
Straße:		Hausnummer:	

nach:

PLZ:		Ort:	
Straße:		Hausnummer:	

mit Wirkung ab dem:

(Bitte setzen Sie sich hinsichtlich der Änderung der Zweigpraxisgenehmigung mit der KVWL, Abteilung Bedarfsprüfung in Verbindung.)

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

Antragsgebühr

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

Anlage

Die schriftliche Nachtragsvereinbarung mit dem angestellten Arzt ist als Anlage beigefügt.

Mit den Unterschriften wird die Richtigkeit und Vollständigkeit der vorstehenden Angaben versichert.

(Ort, Datum)

Unterschrift des Praxisinhabers / Unterschriften **aller** Partner einer BAG (*Bei der eGbR ist die Unterschrift des Geschäftsführers ausreichend.*) / Unterschrift des Geschäftsführers des MVZ

Name, Vorname (In Druckbuchstaben)	Unterschrift

Weitere BAG-Partner müssen in einer Anlage benannt werden.