



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

Antrag auf Zusicherung der Genehmigung
zur Verlegung des Vertragsarztsitzes

Antragsteller:

Name:	
Vorname:	
Titel (akad. Grad):	

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

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

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

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

Postanschrift:

PLZ:		Ort:	
Straße:		Hausnummer:	

Telefon:		FAX:	
E-Mail:			

**Optional (Im Falle der beabsichtigten Verlegung des Vertragsarztsitzes eines
zukünftig angestellten Arztes)**

Angaben zum angestellten Arzt:

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 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.