

Geschäftsstellen der  
Zulassungsausschüsse der  
Ärzte und Krankenkassen  
Robert-Schimrigk-Str. 4 – 6  
44141 Dortmund

E-Mail: [ZA@KVWL.de](mailto:ZA@KVWL.de)  
Fax: 0231 9432-3927

Eingangsstempel des  
Zulassungsausschusses

**Anzeige der Eintragung der eGbR für bestehende Berufsausübungsgemeinschaften**

**Name der Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) entsprechend der Eintragung im  
Gesellschaftsregister**

**Ggf. Name des  
Geschäftsführers**

Anschrift der Hauptbetriebsstätte:

<b>PLZ:</b>		<b>Ort:</b>	
<b>Straße:</b>		<b>Hausnummer:</b>	

**BSNR:**

**Falls abweichend Angaben zum Sitz nach Gesellschaftsregistereintragung  
(Zustellungsort für Schriftverkehr)**

<b>PLZ:</b>		<b>Ort:</b>	
<b>Straße:</b>		<b>Haus- nummer:</b>	

Hiermit teilen wir mit, dass die Berufsausübungsgemeinschaft ab dem

**Wirkungsdatum:**

in Form einer eingetragenen Gesellschaft bürgerlichen Rechts geführt wird:

**Anlage: folgende Unterlagen sind beizufügen:**

Auszug aus dem Gesellschaftsregister

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

Unterschrift des Praxisinhabers / Unterschriften **aller** Partner einer BAG / des Geschäftsführers

<b>Name, Vorname (In Druckbuchstaben)</b>	<b>Unterschrift</b>

Weitere BAG-Partner müssen in einer Anlage benannt werden.