

An die

Tag des Eingangs des Antrages
(von der Geschäftsstelle auszufüllen)

Geschäftsstelle des
Zulassungsausschusses der Ärzte
und Krankenkassen für den
Regierungsbezirk Arnsberg I
Arnsberg II
Detmold
Münster
Robert-Schimrigk-Str. 4 - 6
44141 Dortmund

**Antrag auf Genehmigung gemeinsamer Ausübung
vertragsärztlicher Tätigkeit bezogen auf einzelne
Leistungen (Teilgemeinschaftspraxis)**

1. Herr / Frau _____

Fachgruppe(n): _____

Vertragsarztsitz: _____

und

2. Herr / Frau _____

Fachgruppe(n): _____

Vertragsarztsitz: _____

3. Weitere Leistungserbringer: S. gesonderte Aufstellung

Die einzelnen Leistungen sollen unter folgender Anschrift

in einem Tätigkeitsumfang von _____ Stunden
pro Woche und pro Antragsteller erbracht werden.

(Ort, Datum)

(Unterschrift **aller** Antragsteller)