

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



Eingangsstempel des
Zulassungsausschusses

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

Antrag
auf Verlegung des Vertragsarztsitzes

Antragsteller: Praxisinhaber

Name:	
Vorname:	
Titel (akad. Grad):	

Facharztbezeichnung und ggf. Schwerpunkt/Bezeichnung

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

Postanschrift:

PLZ:		Ort:	
Straße:		Hausnummer:	

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

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

Angaben zum Antrag

Ich beantrage die Verlegung des Praxissitzes

von:

PLZ:		Ort:	
Straße:		Hausnummer:	

nach:

PLZ:		Ort:	
Straße:		Hausnummer:	

(Bitte geben Sie für die Prüfung und Entscheidung Ihres Antrages die komplette zukünftige Praxisanschrift mit PLZ, Ort, Straße und Hausnummer 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(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.

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

(Ort, Datum)

(Stempel und Unterschrift)