



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 (BAG)/ des bestehenden
MVZ

Facharztbezeichnung und ggf. Schwerpunkt/Bezeichnung

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

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Praxisinhabers/ aller Partner der BAG/ des Geschäftsführers des MVZ)