



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

Antrag
auf Verlegung des Vertragsarztsitzes

Antragsteller: Praxisinhaber¹

Name:

Vorname:

Titel (akad. Grad):

Facharztbezeichnung
und ggf. sonstige
Bezeichnungen:

(N)BSNR:

Postanschrift:

PLZ:

Ort:

Straße:

Hausnummer:

Telefon:

FAX:

E-Mail:

¹Dieser Antrag ist von jedem zugelassenen Vertragsarzt in der Praxis sowie für jeden angestellten Arzt zu stellen.

Sofern mehrere Sitze verlegt werden sollen (z. B. alle Ärzte einer Berufsausübungsgemeinschaft), kann dies entweder für jeden Arzt einzeln oder formlos mit allen Angaben aus diesem Formular erfolgen. Bitte beachten Sie, dass für jeden zugelassenen oder angestellten Arzt in der Praxis eine Gebühr in Höhe von 120,00 EUR zu entrichten ist. Eine Antragstellung und Genehmigung für Assistenten (zur Entlastung, zur Weiterbildung, als Übergangslösung) ist nicht erforderlich.

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)