



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

Antrag
auf Verlegung des Standortes bei Genehmigung
zur Beschäftigung eines Arztes in einer Versorgerzweigpraxis

Antragsteller: Praxisinhaber / BAG / MVZ

Name:	
Vorname:	
Titel (akad. Grad):	

oder Name der bestehenden Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)/ des bestehenden MVZ

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

Praxisanschrift:

PLZ:		Ort:	
Straße:		Hausnummer:	

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

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

Angaben zum angestellten Arzt

Name:	
Vorname:	
Titel (akad. Grad)	
LANR:	

Facharztbezeichnung und ggf. sonstige Bezeichnungen

Angaben zum Antrag

Ich/Wir beantrage(n) die Verlegung des Standortes der uns erteilten Genehmigung zur Beschäftigung eines Arztes in einer Versorgerzweigpraxis

von:

PLZ:		Ort:	
Straße:		Hausnummer:	

nach:

PLZ:		Ort:	
Straße:		Hausnummer:	

mit Wirkung ab dem:

(Bitte setzen Sie sich hinsichtlich der Änderung der Zweigpraxisgenehmigung mit der KVWL, Abteilung Bedarfsprüfung in Verbindung.)

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.

Anlage

- Die schriftliche Nachtragsvereinbarung mit dem angestellten Arzt ist als Anlage beigefügt.

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)