



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

Antrag
auf Verlegung eines Medizinischen Versorgungszentrums

Angaben zum Antragsteller (Trägersgesellschaft):

Name:	
--------------	--

PLZ:		Ort:	
-------------	--	-------------	--

Straße:		Haus- nummer:	
----------------	--	--------------------------	--

Falls abweichend Angaben zur Betriebsstätte

Name:	
--------------	--

PLZ:		Ort:	
-------------	--	-------------	--

Straße:		Haus- nummer:	
----------------	--	--------------------------	--

BSNR:	
--------------	--

Angaben zu dem / zu den Vertretungsberechtigten

Name:	
--------------	--

Vorname:	
-----------------	--

Titel (akad. Grad):	
----------------------------	--

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

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

Angaben zum Antrag

Ich/Wir beantrage(n) die Verlegung des Sitzes des Medizinischen Versorgungszentrums

von:

PLZ:		Ort:	
Straße:		Hausnummer:	

nach:

PLZ:		Ort:	
Straße:		Hausnummer:	

(Bitte geben Sie für die Prüfung und Entscheidung Ihres Antrages die komplette zukünftige Anschrift des Medizinischen Versorgungszentrums mit PLZ, Ort, Straße und Hausnummer an.)

mit Wirkung ab dem:

Begründung zur Versorgungslage nach § 24 Abs. 7 Ärzte-ZV: (ggf. als Anlage beifügen)

Folgende Ärzte/Psychotherapeuten sind von der Verlegung betroffen, da deren Sitze mitverlegt werden:

Titel, Vorname, Name	Facharztbezeichnung	LANR

Weitere betroffene Ärzte/Therapeuten bitte ergänzen (ggf. in einer Anlage):

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)

(Unterschrift des Vertretungsberechtigten des MVZ)