

Arztstempel

Zulassungsausschuss für Ärzte
bei der
Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen
Postfach 2019
99401 Weimar

Antrag auf Verlegung des Vertragsarztsitzes gem. § 24 Abs. 7 Ärzte-ZV

Antragsteller: Vertragsarzt/Psychotherapeut MVZ

.....
Name Antragsteller

Vertragsarztsitz:

.....
Straße

.....
PLZ, Ort

.....
Ortsteil

Die Verlegung wird beantragt für

ab:

.....
Zeitpunkt der geplanten Verlegung

nach:

.....
Straße

.....
PLZ, Ort

.....
Ortsteil

Wie schätzen Sie die weitere Versorgung der Patienten bei Verlegung der Vertragspraxis ein?

.....
.....

Mit der Antragstellung wird eine Gebühr gemäß § 46 Abs. 1 c Ärzte-ZV in Höhe von 120,00 € fällig. Wir weisen darauf hin, dass erst nach Entrichtung der Gebühr über Ihren Antrag verhandelt werden kann.

.....
Datum

.....
Unterschrift
antragstellender ARZT

.....
bei angestellten Ärzten
Unterschrift anstellender Vertragsarzt/Geschäftsführer