

Geschäftsstelle Zulassungsausschuss bei der
Kassenzahnärztlichen Vereinigung Sachsen
Schützenhöhe 11
01099 Dresden

Geschäftsbereich Zulassung
Telefon 0351 8053-416
Telefax 0351 8053-417
zulassung@kzv-sachsen.de

Posteingang Geschäftsstelle

Antrag auf Genehmigung von Änderungen bezüglich eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ)

Antragsteller

Abrechnungsnummer:

Name des Vertragszahnarztes oder Leiters des MVZ:

.....

Telefon:

E-Mail:

Das MVZ beantragt die Änderung hinsichtlich der

- 1. Gründer / Trägerschaft
- 2. Gesellschaftsform
- 3. Bezeichnung (Namensänderung)
- 4. Zahnärztlichen Leitung

mit Wirkung zum:

konkreter Zeitpunkt der Änderung

1. Wechsel bzw. Änderung der Gründer / Trägerschaft

Als Gründer eines MVZ können nach § 95 Absatz 1a SGB V folgende Leistungserbringer¹ auftreten. Der benannte Buchstabe ist bei der namentlichen Nennung (Seite 2) mit anzugeben.

<input type="checkbox"/>	A	Vertragszahnarzt beifügen: Zahnarztregister (nur für Zahnärzte außerhalb der KZV Sachsen)
<input type="checkbox"/>	B	Zugelassenes Krankenhaus nach § 108 SGB V beifügen: Versorgungsvertrag oder gleichlautender Nachweis
<input type="checkbox"/>	C	Kommune
<input type="checkbox"/>	D	Gemeinnützige Träger, die auf Grund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmen beifügen: Bescheid über die Zulassung oder Ermächtigung zur vertragszahnärztlichen Versorgung sowie Nachweis Gemeinnützigkeit

¹ zutreffendes bitte ankreuzen!

Die jeweils genannten Unterlagen sind diesem Antrag im Original oder als amtlich beglaubigte Kopie beizufügen!

Gründer 1:

Titel, Vorname, Name:

Anschrift – dienstlich:

.....

Telefon – dienstlich:

E-Mail – dienstlich:

Anschrift – privat:

Telefon – privat:

E-Mail – privat:

Der Nachweis der Voraussetzungen nach o. g. Buchstaben liegt bei.

Die Bürgschaftserklärung des eintretenden Gesellschafters liegt bei.

Gründer 2:

Titel, Vorname, Name:

Anschrift – dienstlich:

.....

Telefon – dienstlich:

E-Mail – dienstlich:

Anschrift – privat:

Telefon – privat:

E-Mail – privat:

Der Nachweis der Voraussetzungen nach o. g. Buchstaben liegt bei.

Die Bürgschaftserklärung des eintretenden Gesellschafters liegt bei.

Gründer 3:

Titel, Vorname, Name:

Anschrift – dienstlich:

.....

Telefon – dienstlich:

E-Mail – dienstlich:

Anschrift – privat:

Telefon – privat:

E-Mail – privat:

Der Nachweis der Voraussetzungen nach o. g. Buchstaben liegt bei.

Die Bürgschaftserklärung des eintretenden Gesellschafters liegt bei.

2. Wechsel der Gesellschaftsform des MVZ in

- Gesellschaft bürgerlichen Rechts**
Aktueller Gesellschaftsvertrag nach § 705 BGB ist beigelegt.
- Partnerschaftsgesellschaft**
Aktueller Gesellschaftsvertrag nach § 3 PartGG sowie aktueller Partnerschaftsregisterauszug nach § 4 PartGG sind beigelegt.
- Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH)**
Aktueller Gesellschaftsvertrag nach §§ 2, 3 GmbHG sowie aktueller Handelsregisterauszug nach § 7 GmbHG und Bürgschaftserklärungen aller Gesellschafter sind beigelegt.
- eingetragene Genossenschaft (e. G.)**
Aktuelle Satzung nach § 5 GenG sowie aktueller Auszug aus dem Genossenschaftsregister nach § 10 GenG sind beigelegt.
- Eigenbetrieb**
- Regiebetrieb**

3. Namensänderung des MVZ

Neuer Name / Bezeichnung des MVZ (max. 100 Zeichen):

.....
.....

- Der aktuelle Gesellschaftsvertrag /-beschluss ist beigelegt, ggf. neuer Auszug aus dem Handelsregister.

4. Änderung bzw. Wechsel des zahnärztlichen Leiters des MVZ

Die zahnärztliche Leitung soll erfolgen durch:

Titel, Vorname, Name:

Anschrift – dienstlich:

Telefon – dienstlich:

E-Mail – dienstlich:

Anschrift – privat:

Telefon – privat:

E-Mail – privat:

- Der Nachweis über die Ernennung / Berufung (Arbeitsvertrag) ist beigelegt.

Antragsgebühr nach § 46 Z-ZV

Die Gebühr von 120,00 € nach § 46 Abs. 1c Z-ZV ist auf das Konto der KZV Sachsen zu überweisen.

Die Gebühr habe ich am auf das Bankkonto der KZV Sachsen bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank überwiesen.

IBAN: DE28 3006 0601 0003 0929 84

BIC: DAAEDEDXXX

Verwendungszweck: Änderungsantrag MVZ

Erklärung

Es wird versichert, dass die vorstehenden Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Änderungen oder Ergänzungen werden vom Unterzeichner / von den Unterzeichnern der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses bei der KZV Sachsen unverzüglich schriftlich unter Einreichung der erforderlichen Unterlagen mitgeteilt.

Es ist bekannt, dass die vertragszahnärztliche Tätigkeit des MVZ auf den unter 1. genannten Sitz der Betriebsstätte beschränkt ist.

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift Gründer / Vertretungsberechtigter des MVZ

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift Gründer / Vertretungsberechtigter des MVZ

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift Gründer / Vertretungsberechtigter des MVZ

.....
Praxisstempel des MVZ