

Geschäftsstelle Zulassungsausschuss bei der
Kassenzahnärztlichen Vereinigung Sachsen
Schützenhöhe 11
01099 Dresden

Geschäftsbereich Zulassung
Telefon 0351 8053-416
poststelle@kzv-sachsen.kim.telematik
zulassung@kzv-sachsen.de

Posteingang Geschäftsstelle

Antrag eines MVZ auf Beschäftigung eines Vertragszahnarztes (Teil I)

(vom Leiter des MVZ auszufüllen)

Antragsteller (Leiter des MVZ)

Abrechnungsnummer:

Name des MVZ:

Leiter des MVZ:

Anschrift:

Telefon:

E-Mail:

Ich beantrage die Beschäftigung eines Vertragszahnarztes (VZA) im MVZ

Beginn der Tätigkeit:

Titel, Vorname, Name des VZA:

Geburtsdatum: Geburtsort:

Der Arbeitsvertrag ist in der Anlage beigefügt.

Antragsgebühr

Die Gebühr von 120,00 € nach § 46 Abs. 1 c 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: Beschäftigung eines Vertragszahnarztes im MVZ

.....
Ort / Datum

.....
Stempel / Unterschrift Leiter des MVZ

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 Ausübung der Tätigkeit als Vertragszahnarzt in einem MVZ (Teil II)

(vom Vertragszahnarzt auszufüllen)

Antragsteller (Vertragszahnarzt)

Titel, Vorname, Name:

Geburtsdatum: Geburtsort:

Staatsangehörigkeit:

Wohnanschrift:

Telefon:

E-Mail:

Ich beantrage die Ausübung meiner Tätigkeit als Vertragszahnarzt in einem MVZ

für das Fachgebiet:

Beginn der Tätigkeit:

Name des MVZ:

Anschrift des MVZ:

Antragsgebühr

Die Gebühr von 120,00 € nach § 46 Abs. 1 c 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: Ausübung der Tätigkeit als Vertragszahnarzt im MVZ

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift Vertragszahnarzt