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: .....

☐ 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: DAAEDEDDXXX
Verwendungszweck: Beschäftigung eines Vertragszahnarztes im MVZ

..... .....
Ort / Datum Stempel / Unterschrift Leiter des MVZ


© KZV Sachsen

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 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: .....

personenbezogene Zahnarztnummer: ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___

**Ich beantrage die Ausübung meiner Tätigkeit als Vertragszahnarzt in einem MVZ**

für das Fachgebiet: .....

Beginn der Tätigkeit: .....

Name des MVZ: .....

Anschrift des MVZ: .....

..... .....

Ort / Datum Unterschrift Vertragszahnarzt


© KZV Sachsen