

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



## Antrag auf Verlegung des Vertragszahnarztsitzes / des MVZ-Standortes

### 1. Antragsteller (Vertragszahnarzt / MVZ-Vertretungsberechtigter)

Abrechnungsnummer: .....

Titel, Vorname, Name: .....

Telefon: .....

E-Mail: .....

Ich beantrage die Verlegung meines derzeitigen Vertragszahnarztsitzes / MVZ-Standortes von  
bisherige Praxisadresse: .....  
nach

neue Praxisadresse: .....

Telefon: .....

Telefax: .....

E-Mail: .....

Beginn der Tätigkeit am: .....

- Ich führe dort eine Einzelpraxis.
- Ich übernehme die Praxis von .....
- Ich arbeite in Praxisgemeinschaft mit .....  
.....
- Ich arbeite in einer Berufsausübungsgemeinschaft mit .....  
.....
- Ich bin beschäftigt im MVZ .....

### 2. Erklärung zur Praxisausstattung für den Zugang zur Telematikinfrastruktur (TI)

- Verfügbarkeit / weitere Nutzung der Komponenten in der Praxis (bei Praxisübernahme)
- Erstausrüstung ist vorhanden und wird am neuen Standort eingesetzt
- Neuausrüstung und Anbindung der Praxis an die TI notwendig
- Sonstiges

### 3. Antragsgebühr

Die Gebühr von 120,00 € gemäß § 46 Abs. 1 c der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte 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: Verlegung Vertragszahnarztsitz / MVZ-Standort

.....  
Ort / Datum

.....  
Praxisstempel / Unterschrift