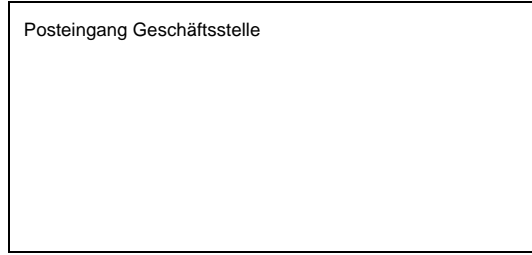


Geschäftsstelle Zulassungsausschuss bei der
Kassenzahnärztlichen Vereinigung Sachsen
Schützenhöhe 11
01099 Dresden

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



Antrag auf Verlängerung der Frist zur Aufnahme der vertragszahnärztlichen Tätigkeit

Antragsteller (Vertragszahnarzt oder Leiter des MVZ)

Titel, Vorname, Name:

Wohnanschrift:

.....

Telefon:

E-Mail:

Ich beantrage die Verlängerung der Frist zur Aufnahme der vertragszahnärztlichen Tätigkeit für die
Zulassung an dem genehmigten Vertragszahnarztsitzes / Standort des MVZ

Praxisanschrift:

Beschluss des Zulassungsausschusses vom:

Begründung der Fristverlängerung:.....

.....

Mir ist bekannt, dass die Fristverlängerung für maximal drei Monate genehmigt werden kann. Ich werde die Tätigkeit voraussichtlich zum aufnehmen.

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: Fristverlängerung Aufnahme der Tätigkeit

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift