

An den
Zulassungsausschuss für Ärzte
bei der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland
Europaallee 7 - 9
66113 Saarbrücken

Eingangsstempel ZA:

--

Antrag auf Genehmigung zur Verlegung des Vertragsarztsitzes

<u>Bisheriger Vertragsarztsitz:</u>	
Titel/Name/Vorname	
PLZ / Ort	
Straße / Hausnummer	
Betriebsstättennummer (BSNR)	

<u>Neuer Vertragsarztsitz</u>	
PLZ / Ort (mit Ortsteil)	
Straße / Hausnummer	
 Vorwahl/Rufnummer	
FAX	
E-Mail	
Die Verlegung ist vorgesehen zum (<u>bitte Datum eintragen</u>):	

Die Genehmigung zur Verlegung des Vertragsarztsitzes bedarf der vorherigen Zustimmung des Zulassungsausschusses.

Mit der Abbuchung der Antragsgebühr in Höhe von **€ 120,00** (§ 46 Abs. 1 c Ärzte-ZV) von meinem Honorarkonto bin ich einverstanden.

Ort / Datum

Unterschrift Vertragsarzt **und** Arztstempel