

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

**Eingangsstempel ZA:**

## Antrag auf Genehmigung zur Verlegung des Vertragsarztsitzes

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

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

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

## **Hinweise zum Datenschutz**

Die zur Bearbeitung Ihres Antrags erforderlichen Daten werden auf der gesetzlichen Grundlage der §§ 95 und 98 SGB V in Verbindung mit den Vorschriften der Zulassungsverordnung erhoben und verarbeitet.

Die Daten werden nur im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften verarbeitet. Die Datenverarbeitung ist gemäß Art. 6 Abs. 1 Satz 1 c) DSGVO für die Aufgabenerfüllung der KV Saarland und der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses erforderlich und erfolgt damit rechtmäßig.

Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter dem Link

<http://www.kvsaarland.de/datenschutz>.