

# Zulassungsausschuss Ärzte/Krankenkassen

Geschäftsstelle, Schwachhauser Heerstraße 26/28, 28209 Bremen

## Antrag auf Verlegung des Vertragsarztsitzes

### Hinweise:

Bitte beachten Sie, dass der Zulassungsausschuss keine rückwirkende Verlegung des Vertragsarztsitzes beschließen darf. **Eine Genehmigung der Verlegung darf nur mit Wirkung für die Zukunft erteilt werden.** Daher beantragen Sie die Verlegung Ihres Vertragsarztsitzes rechtzeitig (mind. 6 Wochen) vor der nächsten Sitzung des Zulassungsausschusses (den Sitzungsplan finden Sie im Internet [www.kvvhb.de](http://www.kvvhb.de))

### Gebühren:

**Mit der Antragsstellung wird eine Gebühr fällig, die hiermit angefordert wird. Wir weisen darauf hin, dass über Ihren Antrag erst nach Entrichtung der Gebühr verhandelt werden kann (§ 38 Ärzte-ZV).** (Bankverbindung: Deutsche Apotheker- und Ärztebank, BIC: DAAEDEDXXX, IBAN: DE05 3006 0601 0002 2246 66. Bitte als Verwendungszweck „Verlegungsantrag“ angeben)

Ich habe die Antragsgebühr von 120 Euro

überwiesen am \_\_\_\_\_ (der Überweisungsbeleg mit Name des Antragstellers und Verwendungszweck ist zwingend beizufügen!)

### Antragsteller/-in

(bei Berufsausübungsgemeinschaften bitte je Ärztin/Arzt einen eigenen Antrag stellen):

Titel, Vorname, Name	
Geburtsdatum	
Facharztbezeichnung/-en ggf. Schwerpunktbez.	
E-Mail Telefon, Fax:	
In BAG niedergelassen mit (Name der Partner der BAG)	

**Ich beantrage die Verlegung meines bisherigen Vertragsarztsitzes**

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

**an den zukünftigen Vertragsarztsitz**

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

zum \_\_\_\_\_ .

Datenschutzerklärung:

Ich habe die Datenschutzerklärung der KV Bremen gelesen und bin damit einverstanden.

**Ort/Datum:** \_\_\_\_\_

**Name und Unterschrift Antragsteller/-in:** \_\_\_\_\_