

Antrag auf Führen einer örtlichen Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)

Zulassungsausschuss für
Zahnärzte in Brandenburg
Helene-Lange-Straße 4-5
14469 Potsdam

Die Vertragszahnärzte/-innen, bzw. die Kieferorthopäden/-innen

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

bitten zum _____ um die Genehmigung,
in _____

eine örtliche Berufsausübungsgemeinschaft führen zu dürfen.

- Einen entsprechenden Vertrag legen wir bei.
- Bitte überweisen Sie die Gebühr von 120 € (je Vertragszahnarzt) an die KZVLB auf folgendes Konto:
Deutsche Apotheker- und Ärztkbank eG, IBAN: DE50 3006 0601 0003 0726 06, BIC: DAAEDEDXXX
mit dem Verwendungszweck: Antrag BAG.

Wird die Gebühr nicht innerhalb von 10 Tagen nach Antragstellung eingezahlt, gilt der Antrag als zurückgenommen.

Unterschriften aller BAG-Partner:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Ort/Datum