

Antrag auf Führen einer örtlichen Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)

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

FAX. 0331 - 2977 308
E-Mail: zulassung@kzvlb.de

Die Vertragszahnärzte/-zahnärztinnen und Kieferorthopäden/-pädagoginnen

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

beantragen zum _____ die Genehmigung zum Führen einer örtlichen Berufsausübungsgemeinschaft an dem Vertragszahnarztsitz (vollständige Adresse einfügen)

Einen entsprechenden Vertrag legen wir bei.

Ein Vertrag wird umgehend nachgereicht. Wir haben Kenntnis davon, dass die Genehmigung ohne BAG-Vertrag nicht erteilt werden kann.

Mit der Antragsstellung wird gemäß § 46 Abs. 1c Zahnärzte-ZV eine Gebühr von 120 € (je Vertragszahnarzt) fällig. Die Überweisung erfolgte am _____ auf das Konto der KZVLB:Deutsche Apotheker- und Ärztkbank eG, IBAN: DE50 3006 0601 0003 0726 06, BIC: DAAEDEDXXX, Verwendungszweck: Antrag Führen einer BAG, Name

Unterschriften aller BAG-Partner/innen:

- | | | |
|----|-------------------------|--------------|
| 1. | _____ | _____ |
| | Name in Druckbuchstaben | Unterschrift |
| 2. | _____ | _____ |
| | Name in Druckbuchstaben | Unterschrift |
| 3. | _____ | _____ |
| | Name in Druckbuchstaben | Unterschrift |
| 4. | _____ | _____ |
| | Name in Druckbuchstaben | Unterschrift |
| 5. | _____ | _____ |
| | Name in Druckbuchstaben | Unterschrift |
| 6. | _____ | _____ |
| | Name in Druckbuchstaben | Unterschrift |

Ort/Datum

Antrag BAG

Stand Februar 2023