

Zulassungsausschuss für Ärzte
Mecklenburg-Vorpommern
Neumühler Str. 22
19057 Schwerin

(Posteingangsstempel)

Antrag zur Anstellung eines angestellten Arztes in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ)

1. Betriebsstätte des MVZ:

Name: _____

PLZ: _____ Ort: _____ Strasse: _____ Nr.: _____

Tel.-Nr.: _____

Wir beantragen die Beschäftigung eines angestellten Arztes

für das Fachgebiet _____ im hausärztlichen Versorgungsbereich:
im fachärztlichen Versorgungsbereich:

2. Angaben zum anzustellenden Arzt:

Titel, Name, Vorname: _____

geb. am: _____ in: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____ Strasse: _____ Nr.: _____

Tel.-Nr.: _____

Anstellung wird beantragt ab: _____ als Nachbesetzung für _____
(Name des Arztes)

Anzahl der Wochenstunden: _____

Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der Genehmigung führen können.

Ort, Datum

Unterschriften der Geschäftsführung

Folgende Unterlagen des anzustellenden Arztes sind dem Antrag beizufügen:

- Bescheid über die Eintragung in das Arztregister
- amtliches Führungszeugnis – **Belegart „0“** – (darf zum Zeitpunkt der Zulassung nicht älter als 6 Monate sein und muss zur Verhandlung dem Zulassungsausschuss vorliegen)
- Lebenslauf mit Unterschrift
- Arbeitsvertrag im Original
- Gebührennachweis über EUR 120,00 gemäß § 46 (1) c Ärzte-ZV (Konto des Zulassungsausschusses bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank BLZ 120 906 40, Kontonummer 0003053393 - codierter Zahlungsgrund 740001)

Erklärungen des anzustellenden Arztes

1. Zum Zeitpunkt der Antragstellung befinde ich mich in folgendem/keinem Dienst-/Beschäftigungsverhältnis:

2. Ich erkläre hiermit, dass ich nicht rauschgiftsüchtig bin und es auch nicht innerhalb der letzten 5 Jahre war.
Weiterhin erkläre ich, dass ich mich innerhalb der letzten 5 Jahre nicht einer Entziehungskur wegen Trunksucht oder Rauschgiftsucht unterzogen habe, und dass gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des ärztlichen Berufes nicht entgegenstehen.

Des weiteren erkläre ich, dass gegen mich kein Strafverfahren bzw. Ermittlungsverfahren anhängig ist, dass ich keine Versorgungsrente beziehe und keine Bezüge wegen Berufsunfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit erhalte.

Ich versichere pflichtgemäß die Richtigkeit meiner Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift des anzustellenden Arztes