

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

(Posteingangsstempel)

**Antrag auf Zulassung zur Teilnahme an der
vertragsärztlichen Versorgung als Medizinisches
Versorgungszentrum (MVZ)**

1. Antragsteller und Träger der Einrichtung:

Name: _____

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

Tel.-Nr.: _____

Gesellschaftsform: _____

Gesellschafter: _____

2. Betriebsstätte des MVZ

Name: _____

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

Tel.-Nr.: _____

Zulassung beantragt zum: _____

3. Geschäftsführung

Name: _____

Name: _____

Name: _____

Name: _____

4. Ärztlicher Leiter des MVZ

Name: _____

5. Namentliche Erfassung der im MVZ tätigwerdenden oder anzustellenden Ärzte

		Vertrags- arzt	angestellter Arzt
Name: _____	Fachgebiet: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Name: _____	Fachgebiet: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Name: _____	Fachgebiet: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Name: _____	Fachgebiet: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Name: _____	Fachgebiet: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Dem Antrag sind beizufügen

- **Gesellschaftsvertrag**
- **vollständiger Handelsregisterauszug** (entfällt bei GbR)
- **Bürgschaftserklärung** (entfällt bei GbR)
- **Erklärung des Verzichts auf die Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit**
(nur erforderlich, wenn der Vertragsarztsitz in das MVZ eingebracht wird und sich der Arzt dort anstellen lässt)
- **Anträge zur Beschäftigung von angestellten Praxisärzten in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) gemäß § 95 SGB V sowie die dazugehörigen Unterlagen**

Für die Bearbeitung des Antrages auf Zulassung als MVZ gemäß § 95 SGB V wird nach § 46 Abs. 1 b der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte eine Gebühr von EUR 100.00 erhoben. Erst nach Entrichtung dieser Gebühr auf das Konto des Zulassungsausschusses bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank BLZ 300 606 01, Kontonummer 0003053393 - codierter Zahlungsgrund 740001 wird Ihr Antrag vor dem Zulassungsausschuss für Ärzte verhandelt.

Wir versichern, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Uns ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der Genehmigung führen können.

Ort, Datum

Unterschrift Gesellschafter

Ort, Datum

Unterschrift Gesellschafter

Ort, Datum

Unterschrift Gesellschafter

Ort, Datum

Unterschrift Gesellschafter