

Zulassungsausschuss für Ärzte
Mecklenburg-Vorpommern
Postfach 160 145
19091 Schwerin

**Antrag auf Genehmigung einer überörtlichen
Berufsausübungsgemeinschaft**

Hiermit beantragen wir
Name:

für die Standorte/Straße:

**Wahl des Vertragsarztsitzes, der als Hauptbetriebsstätte gilt
(Wahlentscheidung ist für 2 Jahre verbindlich (lt. § 15 a BMV-Ä))**

Standort/Straße: _____

die Genehmigung einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft als:

mit Wirkung ab: _____ Sprechstundenzeiten: _____

auf der Grundlage unseres am _____ abgeschlossenen Gesellschaftervertrages
(s. Anlage).

Als Ansprechpartner der BAG wird benannt: _____

**Wir versichern ausdrücklich, dass weitere, über den dem Zulassungsausschuss vorgelegten
Vertrag hinausgehende Vereinbarungen nicht bestehen und auch nicht beabsichtigt sind.**

Datum

Unterschrift

Datum

Unterschrift

Datum

Unterschrift

Datum

Unterschrift

Dem Antrag auf Genehmigung einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft sind folgende Unterlagen beizufügen:

- Gesellschaftervertrag im Original oder als amtlich beglaubigte Kopie

Amtlich beglaubigen können bei der Vorlage der Originale ein **Notar und siegelführende Einrichtungen**.

- Nachweis über die Entrichtung der Antragsgebühr in Höhe von 120,- Euro gemäß § 46 c der Zulassungsverordnung für Ärzte.

Bankverbindung: Deutsche Ärzte- und Apothekerbank
BLZ: 300 606 01, Konto-Nr.: 0003053393
codierter Zahlungsgrund 740001

Empfänger: Zulassungsausschuss für Ärzte