

**Zulassungsausschuss für Ärzte/Psychotherapeuten
in Mecklenburg-Vorpommern
Neumühler Str. 22**

19057 Schwerin

**Antrag auf Genehmigung zur
Praxissitzverlegung**

Hiermit beantrage ich

Herr/Frau

Betriebsstättennr.

78

Name

Vorname

Fachgebiet

Adresse (jetziger Praxissitz)

die Praxissitzverlegung

ab

(Datum)

nach:

PLZ/Ort (geplanter Praxissitz)

Straße/Hausnummer

Telefonnummer

Faxnummer

Datum/Unterschrift/Praxistempel

Gemäß § 46 c) Ärzte-ZV ist bei sonstigen Anträgen, mit denen der Arzt, das medizinische Versorgungszentrum oder die sonstige ärztlich geleitete Einrichtung die Beschlussfassung des Zulassungsausschusses anstrebt, eine Antragsgebühr von 120 Euro zu entrichten.

Bitte überweisen Sie die Antragsgebühr daher auf das Konto der Apotheker- und Ärztebank Kto.0003 053 393; BLZ 300 606 01 und fügen Sie den Einzahlungsbeleg diesem Antrag bei.