

Arztstempel

Zulassungsausschuss für Ärzte  
bei der  
Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen  
Postfach 2019  
99401 Weimar

**Antrag auf Verlegung des Vertragsarztsitzes gem. § 24 Abs. 7 Ärzte-ZV**

Antragsteller:  Vertragsarzt/Psychotherapeut  MVZ

.....  
Name Antragsteller

Vertragsarztsitz: .....  
Straße

.....  
PLZ, Ort Ortsteil

.....  
Name angestellter Arzt (für den Verlegung beantragt wird)

Die Verlegung wird beantragt ab: .....  
Zeitpunkt der geplanten Verlegung

nach: .....  
Straße

.....  
PLZ, Ort Ortsteil

in das MVZ: .....  
Verlegung der Angestelltenstelle an ein anderes MVZ

Wie schätzen Sie die weitere Versorgung der Patienten bei Verlegung der Vertragspraxis ein?  
.....  
.....

Mit der Antragstellung wird eine Gebühr gemäß § 46 Abs. 1 c Ärzte-ZV in Höhe von 120,00 € fällig. Wir weisen darauf hin, dass erst nach Entrichtung der Gebühr über Ihren Antrag verhandelt werden kann.

.....  
Datum Unterschrift Antragsteller bzw. Vertragsarzt/Geschäftsführer