



Zulassungsausschuss

c/o KV RLP
Hauptverwaltung Mainz
Isaac-Fulda-Allee 14
55124 Mainz

E-Mail: zulassung@kv-rlp.de

**Antrag Berufsausübungsgemeinschaft
– § 33 Abs. 2 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV)**

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Die männliche Form schließt die weibliche mit ein.

■ **Wir beantragen ab**

_____ Datum

die Ausübung einer

örtlichen

überörtlichen

Berufsausübungsgemeinschaft gemäß § 33 Abs. 2 Ärzte-ZV

BSNR * Titel/Vorname/Name vertretene Fachgruppe

BSNR * Titel/Vorname/Name vertretene Fachgruppe

BSNR * Titel/Vorname/Name vertretene Fachgruppe

BSNR * Titel/Vorname/Name vertretene Fachgruppe

BSNR * Titel/Vorname/Name vertretene Fachgruppe

* falls vorhanden

■ **Hauptsitz**

Straße

PLZ/Ort

■ **Nebenbetriebsstätte(n)**

Straße

PLZ/Ort

Straße

PLZ/Ort

Straße

PLZ/Ort

- Wir bestätigen ausdrücklich gegenüber der KV RLP unabhängig von dem Bestehen der Berufsausübungsgemeinschaft für alle Ansprüche, die sich gegen die Berufsausübungsgemeinschaft richten, als Gesamtschuldner zu haften.

■ **Der Vertrag über die Bildung einer Berufsausübungsgemeinschaft**

ist beigefügt

wird nachgereicht

■ **Unterschriften aller Partner der künftigen Berufsausübungsgemeinschaft**

Unterschrift Unterschrift

Unterschrift Unterschrift

Unterschrift Unterschrift

Unterschrift

Unterschrift

Unterschrift

Unterschrift

Ort/Datum

Hinweise

- Über die zu entrichtende Antragsgebühr in Höhe von € 120,00 erhalten Sie eine separate Rechnung.
- **Aus Sicherheitsgründen können wir nur Dateien im PDF-Format annehmen und verarbeiten.**