

Posteingangsstempel

Ressort Vertragsärztliche Versorgung
Zulassungsausschuss Ärzte Chemnitz
Postfach 11 64
09070 Chemnitz

**Antrag
Verlegung Betriebsstätte eines angestellten Arztes**

1. Antragsteller

Vertragsarzt/BAG

.....
Titel, Vorname, Name/BAG-Name

.....
Fachgebiet

MVZ

.....
MVZ-Name

.....
Name ärztlicher Leiter

.....
Name MVZ-Vertretungsberechtigter

2. Verlegungsantrag

Angaben angestellter Arzt

.....
Titel, Vorname, Name

.....
Fachgebiet

von
bisherige Betriebsstätte

nach
künftige Betriebsstätte

Verlegung mit Wirkung ab dem

Verlegung im Umfang von

Anstellungsfaktor	Verlegung mit folgendem Anrechnungsfaktor			
	0,25	0,5	0,75	1,0
<input type="checkbox"/> Vollzeitanstellung im Umfang von 1,0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Teilzeitanstellung im Umfang von 0,75	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Teilzeitanstellung im Umfang von 0,5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Teilzeitanstellung im Umfang von 0,25	<input type="checkbox"/>			

3. Antragsgebühr

Für die Antragstellung ist eine Gebühr in Höhe von **120,- €** zu entrichten, vgl. § 46, Absatz 1 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte- ZV). Diese wird durch den Zulassungsausschuss gesondert in Rechnung gestellt. **Bitte die Zahlungen erst nach Erhalt der Rechnung unter Angabe der Rechnungsnummer vornehmen.**

Eine Antragsbearbeitung erfolgt erst nach Einzahlung der Gebühr.

Hinweis Datenschutz

Die Informationen zum Datenschutz nach Art. 13 und Art. 14 DSGVO finden Sie unter www.kvsachsen.de/mitglieder/datenschutz.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Antragstelle/BAG-Vertreter

Bei MVZ:

.....
Ort, Datum

.....
MVZ-Vertretungsberechtigter

.....
Ärztlicher Leiter MVZ

Anlage

Für den neuen Standort: Erhebungsbogen Qualitätssicherung