## Antrag auf Umwandlung der Anstellung im MVZ in eine Zulassung

Wichtiger Hinweis!
Bitte vor Ausdruck des Formulars den zuständigen Regierungsbezirk auswählen (Ort des Praxissitzes).

0	Regierungsbezirk Stuttgart
0	Regierungsbezirk Karlsruhe
0	Regierungsbezirk Freiburg
0	Regierungsbezirk Tübingen

Hiermit beantragt/beantragen der/o	die vertretungsberechtigte(n) Gründer / Geschäftsführer
Name, Vorname:	Titel:
Name, Vorname:	Titel:
für das MVZ:	
BSNR	
Vertragsarztsitz in	
	Ortsteil:
: die genehmigte Anstellung von	
Name, Vorname:	Titel:
Fachgebiet/Schwerpunkt:	
die im Tätigkeitsumfang (insgesam	nt) einem
□ vollen □ drei Vier	rtel 🗆 hälftigen Versorgungsauftrag
entspricht, in eine Zulassung zur T (voraussichtlich) mit Wirkung von	eilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung
Die Durchführung eines Nachbese SGB V wird	etzungsverfahrens gem. § 95 Abs. 9b i.V.m. § 103 Abs. 3a
☐ nicht beantragt, da der bisher a	ngestellte Arzt Inhaber der Zulassung werden soll.
☐ beantragt.	
(Ort und Datum)	(Unterschrift MVZ-Gründer/Geschäftsführer)

Für den <u>Fall der Beantragung eines Nachbesetzungsverfahrens</u> (Ausschreibung der Arztstelle durch die KVBW) werden noch folgende Erklärungen benötigt:					
	Mit der Weitergabe unserer Angaben in die gung Baden-Württemberg bin ich/sind wir e	sem Antrag an die Kassenärztliche Vereini- inverstanden.			
	☐ Mit der Weitergabe unserer Anschrift/Telefonnummer an die an einer Übernahme interessierten Ärzte/Psychotherapeuten bin ich/sind wir einverstanden.				
Der gesamte Schriftwechsel soll über					
	☐ die Praxisanschrift				
oder					
	☐ folgende abweichende Adresse (optional) erfolgen:				
(Or	t und Datum)	(Unterschrift MVZ-Gründer/Geschäftsführer)			

## Hinweis:

Für diesen Umwandlungsantrag wird eine Gebühr in Höhe von EUR 120,00 fällig. Mit der Antragsbestätigung werden wir Ihnen eine Buchungsnummer mitteilen. Bitte überweisen Sie die Gebühr nur unter Angabe dieser Buchungsnummer.