

Geschäftsstelle Zulassungsausschuss bei der
Kassenzahnärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt
Doctor-Eisenbart-Ring 1
39120 Magdeburg

Telefon: 0391 6293-272
Telefax: 0391 6293-234
zulassung@kzv-lsa.de

Antrag eines MVZ auf Beschäftigung eines Vertragszahnarztes

Antragsteller (durch zahnärztliche Leitung des MVZ)

Abrechnungsnummer:

Name des MVZ:

Leiter des MVZ:

Anschrift:

.....

Telefon:

Ich beantrage die Beschäftigung eines Vertragszahnarztes im MVZ

ab dem:

Titel, Vorname, Name des Vertragszahnarztes:

.....

Geburtsdatum: Geburtsort:

Der Arbeitsvertrag ist in der Anlage beigefügt.

Antragsgebühr

Gemäß § 46 Abs. 1c Zahnärzte-ZV wird für den Antrag des MVZ auf Beschäftigung eines Vertragszahnarztes im MVZ eine Gebühr in Höhe von 120,- € erhoben.

Diese wird Ihnen nach Eingang des Antrages gesondert in Rechnung gestellt.

.....
Ort, Datum

.....
Stempel / Unterschrift Leiter des MVZ

Einverständniserklärung zur Weitergabe von Zulassungs-, Niederlassungs- und Tätigkeitsdaten an die Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt

Abs.: _____

Wir erklären uns damit einverstanden, dass die Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt vom Zulassungsausschuss gefasste Beschlüsse (z.B. zur Zulassung, zur Beendigung der Zulassung, zur Verlegung des Praxissitzes, zur Beendigung von Berufsausübungsgemeinschaften, zur Genehmigung der Beschäftigung von angestellten Zahnärzten bzw. deren Beendigung) an die Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt übermittelt.

Des Weiteren erklären wir unser Einverständnis, dass vom Vorstand der KZV erteilte Genehmigungen (z.B. für Zweigpraxen, die Beschäftigung von Assistenten oder Vertretern) sowie Mitteilungen zu Unterbrechungen von Tätigkeiten (z.B. wegen Schwangerschaft, Elternzeit oder sonstigen Gründen) und Beendigungen von Tätigkeiten, sowie Änderungen persönliche Daten (z.B. Namensänderungen, Änderung der Privatadresse, Titel) an die Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt übermittelt werden.

Diese Einverständniserklärung ersetzt nicht Ihre **persönliche Pflicht**, die Zahnärztekammer unmittelbar selbst über die o. g. Sachverhalte zu informieren.

.....
Ort, Datum

.....
Stempel / Unterschrift Leiter des MVZ

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Vertragszahnarzt