

ANTRAG auf Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung als Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)

I. Angaben zum Medizinischen Versorgungszentrum:

Name des MVZ:									
Anschrift PLZ, Ort Straße, Nr.	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>								
Rechtsform:	<input type="checkbox"/> Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) <input type="checkbox"/> eingetragene Genossenschaft (e. G.) <input type="checkbox"/> öffentlich rechtliche Rechtsform <input type="checkbox"/> Personengesellschaft: _____ <small>(Art der Gesellschaft angeben)</small>								
Ärztlicher Leiter:									
Geschäftsführer (bei GmbH):									
die Zulassung wird beantragt ab:									

II. Angaben zu den Gesellschaftern bzw. Gründern des MVZ:

Gesellschafter/Gründer 1

Titel/Name/ Vorname	
Anschrift Tel/Fax/E-Mail	
Gründer- status ¹	

Gesellschafter/Gründer 2

Titel/Name/ Vorname	
Anschrift Tel/Fax/E-Mail	
Gründer- status ¹	

Gesellschafter/Gründer 3

Titel/Name/ Vorname	
Anschrift Tel/Fax/E-Mail	
Gründer- status ¹	

Gesellschafter/Gründer 4

Titel/Name/ Vorname	
Anschrift Tel/Fax/E-Mail	
Gründer- status ¹	

¹ Gründungsberechtigt sind: zugelassene Ärzte, zugelassene Krankenhäuser, Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Abs. 3 SGB V, gemeinnützige Träger, die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, Kommunen.

III. Ärzte, die in dem MVZ tätig werden sollen

	Name	Fachgebiet / Schwerpunkt	Vertrags- arzt	angestellter Arzt
1.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV. Dem Antrag sind beizufügen

- Gesellschaftsvertrag
- vollständiger Handels- bzw. Genossenschaftsregisterauszug (entfällt bei GbR)
- Bürgschaftserklärung (nur bei GmbH)
- ggf. Anträge zur Beschäftigung von angestellten Ärzten sowie die dazugehörigen Unterlagen
- ggf. für jeden Vertragsarzt die Seite 3 dieses Formulars (genehmigungspflichtige Leistungen)

Wir versichern, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Uns ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der Genehmigung führen können. Änderungen der in diesem Antrag enthaltenen Angaben werden wir unverzüglich der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses mitteilen.

(Ort, Datum)

Gesellschafter/Gründer 1
Unterschrift/Stempel

Gesellschafter/Gründer 2
Unterschrift/Stempel

Gesellschafter/Gründer 3
Unterschrift/Stempel

Gesellschafter/Gründer 4
Unterschrift/Stempel