

## Antrag auf Führung einer örtlichen Berufsausübungsgemeinschaft

\_\_\_\_\_  
Fachgruppe

\_\_\_\_\_  
Titel, Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Titel, Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Titel, Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Titel, Name Vorname

\_\_\_\_\_  
Praxisanschrift  
Berlin, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Verwaltungsbezirk

\_\_\_\_\_  
Praxistelefon  
( keine Handynummer )

\_\_\_\_\_  
Fax

**Die örtliche Berufsausübungsgemeinschaft wird zum \_\_\_\_\_ beantragt**

Ihr Einverständnis vorausgesetzt, wird die Antragsgebühr je Arzt gemäß § 46 Abs. 1c Ärzte-ZV i. V. m. VändG in Höhe von € 120,- vom jeweiligen Konto bei der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin abgebucht. Sollte noch kein Konto bei der Kassenärztlichen Vereinigung bestehen, wird gebeten, die Gebühr auf das Konto bei Deutsche Apotheker- und Ärztebank e.G. Berlin, BLZ 300 606 01, Kontonummer: 000 100 3917, zu überweisen und einen entsprechenden Nachweis dem Antrag beizufügen.

Der Gesellschaftsvertrag ist dem Antrag beizufügen. Erst nach Vorlage aller Unterlagen kann der Zulassungsausschuss über den Antrag entscheiden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel

**Bitte Rückseite beachten!**

**Bitte die Anzahl der Stempel angeben!**

\_\_\_\_\_ **Holzstempel**

\_\_\_\_\_ **Metallautomatikstempel**

\_\_\_\_\_ **Taschendose**

\_\_\_\_\_ **Impfstempel**

\_\_\_\_\_ **Plastikautomatikstempel**