

## Antrag auf Führen einer örtlichen Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)

**Zulassungsausschuss für  
Zahnärzte in Berlin  
Georg-Wilhelm-Str. 16  
10711 Berlin**

**Fax: 030 89004-46353  
E-Mail: [zulassung@kzv-berlin.de](mailto:zulassung@kzv-berlin.de)**

Die Vertragszahnärzte/-innen, bzw. die Kieferorthopäden/-innen

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_

beantragen zum \_\_\_\_\_ die Genehmigung einer BAG.

Der Praxissitz befindet sich in \_\_\_\_\_.

- Einen entsprechenden Vertrag legen wir bei.
- Sie dürfen die Gebühr für die Anträge der einzelnen BAG-Partner (pro Partner 120 €) vom jeweiligen, derzeitigen Honorarkonto abbuchen.
- Wir sind damit einverstanden, dass die Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses für Zahnärzte in Berlin die von uns eingereichten Unterlagen der KZV Berlin zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben zur Verfügung stellt.

Unterschriften aller BAG-Partner:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Berlin, den \_\_\_\_\_