

**Antrag auf Führen einer KZV-bezirksübergreifenden überörtlichen  
Berufsausübungsgemeinschaft (KÜBAG), mit Wahl KZV-Berlin**

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

**Fax: 030 89004-46353  
E-Mail: zulassung@kzv-berlin.de**

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

1. \_\_\_\_\_

mit Praxissitz in \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

mit Praxissitz in \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

mit Praxissitz in \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

mit Praxissitz in \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

mit Praxissitz in \_\_\_\_\_

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

Der Hauptpraxissitz befindet sich in \_\_\_\_\_

- Einen entsprechenden Gesellschaftsvertrag legen wir bei.
- Sie dürfen die Gebühr für die Anträge der einzelnen BAG-Partner (pro Partner 120 €) vom derzeitigen Honorarkonto des jeweiligen Antragstellers 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.
- Partner aus KZV-Bereichen außerhalb Berlins überweisen die Gebühr an **Deutsche Apotheker- und Ärztebank**  
**BIC: DAAEDEDXXX, IBAN: DE74 3006 0601 0101 4120 35**

Unterschriften aller Partner:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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