

Antrag auf Zulassung als Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)

Wichtiger Hinweis!
Bitte vor Ausdruck des Formulars
den zuständigen Regierungsbezirk
auswählen (Ort des Praxissitzes).

- Regierungsbezirk Stuttgart
- Regierungsbezirk Karlsruhe
- Regierungsbezirk Freiburg
- Regierungsbezirk Tübingen
- Planungsbereich Baden-Württemberg (gesonderte fachärztliche Versorgung)

Hiermit beantragt der vertretungsberechtigte Gründer

Name, Vorname: _____ Titel: _____

Straße, Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

sowie die weiteren Gründer

Name, Vorname: _____ Titel: _____

Straße, Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Name, Vorname: _____ Titel: _____

Straße, Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Name, Vorname: _____ Titel: _____

Straße, Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

die Zulassung als MVZ mit dem Namen

Name der Betreibergesellschaft (auch genannt MVZ-Trägersgesellschaft)

Straße, Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

mit Wirkung vom | | | | | | | | |
Datum

Ich/Wir nehme(n) an der medizinischen Versorgung teil, auf Grund

Zulassung als Vertragsarzt/Krankenhaus/gemeinnütziger Träger (Name):

_____.

Ermächtigung als gemeinnütziger Träger (Name):

_____.

Vertrag als Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen (Name):

_____.

anerkanntes Praxisnetz (Name):

_____.

Diese Gründervoraussetzungen werden durch beigelegte Urkunden im Original oder in amtlich beglaubigter Form nachgewiesen.

Die ärztliche Leitung erfolgt durch _____
(Titel, Name, Vorname)

sowie durch _____
(Titel, Name, Vorname)

Das MVZ wird in folgender Gesellschaftsform betrieben:

Personengesellschaft

eingetragene Genossenschaft

Gesellschaft mit beschränkter Haftung

öffentlich-rechtliche Rechtsform.

Dem Antrag liegen der Gesellschaftsvertrag, der Registerauszug sowie die Bürgschaftserklärungen, soweit für die Gesellschaftsform vorgegeben, im Original oder in amtlich beglaubigter Form bei.

Nachfolgend genannte Ärzte werden in dem zugeordneten Fachgebiet im MVZ tätig:

Fachgebiet/Schwerpunkt: _____

Titel, Name Vorname: _____

Status als Vertragsarzt

Status als angestellter Arzt

Fachgebiet/Schwerpunkt: _____

Titel, Name Vorname: _____

Status als Vertragsarzt

Status als angestellter Arzt

Fachgebiet/Schwerpunkt: _____

Titel, Name Vorname: _____

Status als Vertragsarzt

Status als angestellter Arzt

Fachgebiet/Schwerpunkt: _____

Titel, Name Vorname: _____

Status als Vertragsarzt

Status als angestellter Arzt

(Ort und Datum)

(Unterschrift des Gründers)

(Unterschrift des Gründers)

(Unterschrift des Gründers)

(Unterschrift des Gründers)

Hinweis:

Für diesen Antrag wird eine Gebühr in Höhe von EUR 100,00 fällig. Mit der Antragsbestätigung werden wir Ihnen eine Buchungsnummer mitteilen. Bitte überweisen Sie die Gebühr nur unter Angabe dieser Buchungsnummer.