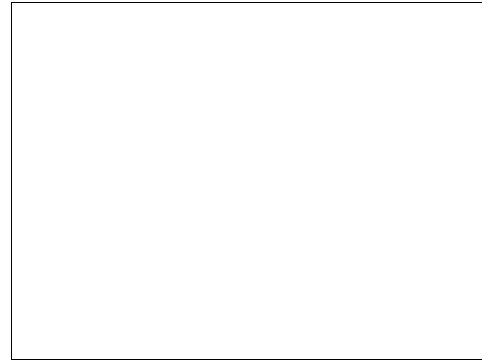


Zulassungsausschuss für Ärzte
- Hamburg -
Postfach 76 06 20
22056 Hamburg



Praxisstempel des abgebenden MVZ

Antrag auf Verlegung einer genehmigten Anstellung

gemäß § 24 Abs. 7 Satz 2 Ärzte-ZV

Hinweis: Im Folgenden wird aus Vereinfachungsgründen als geschlechtsneutrale Bezeichnung die männliche Form verwendet. Zudem werden unter der Bezeichnung "Vertragsarzt" auch Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verstanden.

Angaben des Antragstellers

Träger des MVZ

Name des abgebenden MVZ

Anschrift

PLZ

Ort

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|---------|
| | | | | | | Hamburg |
|--|--|--|--|--|--|---------|

Angaben des Angestellten

ggf. Titel, Vorname, Name

Die wöchentliche Arbeitszeit beträgt _____ Stunden.

Es handelt sich um folgende(s) Fachgebiet(e):

Psychologische Psychotherapie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Fachgebiet:

Die Verlegung wird zum

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

beantragt.

Angaben des übernehmenden MVZ

Name des übernehmenden MVZ

| |
|--|
| |
|--|

Anschrift

PLZ

Ort

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|---------|
| | | | | | | Hamburg |
|--|--|--|--|--|--|---------|

Dem Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen:

Hinweis: Die Unterlagen sind in Kopie einzureichen und verbleiben bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses.

- ➔ Geänderter Arbeitsvertrag oder Ergänzung zum Arbeitsvertrag mit aktualisiertem Tätigkeitsort des Angestellten

Gebühren

Wir erklären uns damit einverstanden, dass die für diesen Antrag fällige Gebühr von 120,00 € vom aktuell gültigen Honorar-Konto des abgebenden MVZ bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg abgebucht wird.

Ort und Datum

Unterschrift des Antragstellers

| |
|--|
| |
|--|

Name in Druckbuchstaben