

Geschäftsstelle
Zulassungsausschuss
Düsseldorf

Postanschrift
40182 Düsseldorf

Kontakt:

KA I ☎ 0211 5970 - 9986
@ ZA.Kammer.1.KV24@kvno.de

KA II ☎ 0211 5970 - 9533
@ ZA.Kammer.2.KV24@kvno.de

Merkblatt

zum Antrag auf Genehmigung zur Errichtung / Erweiterung einer Berufsausübungsgemeinschaft bzw. überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft

Bitte fügen Sie diesem Antrag den **Gesellschaftsvertrag** bei.

Bitte beachten Sie, dass bei bereits bestehenden Berufsausübungsgemeinschaften die Möglichkeit der Erweiterung der bestehenden Gesellschaft oder die Beendigung und Neugründung einer Gesellschaft in Frage kommt.

Für das Verfahren wird gem. § 46 Abs. 1 Ärzte-ZV eine Gebühr von 120 Euro erhoben. Die Gebühr ist bei Antragstellung fällig.

Wenn Sie noch nicht über ein Honorarkonto bei der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein verfügen, ist die Gebühr vorab zu entrichten.

Hinsichtlich der Überweisung der Antragsgebühr werden Sie von uns eine Antragsnummer mitgeteilt bekommen. Bitte zahlen Sie erst dann und verwenden Sie nur diese Nummer im Verwendungszweck bei Überweisung.

Nach § 38 Ärzte-ZV gilt der Antrag als zurückgenommen, wenn die Antragsgebühr bis zur Sitzung des Zulassungsausschusses nicht entrichtet wird.

**Antrag auf Genehmigung zur Errichtung / Erweiterung einer
Berufsausübungsgemeinschaft bzw. überörtlichen
Berufsausübungsgemeinschaft**

- Gründung einer Berufsausübungsgemeinschaft
- Gründung einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft

Hauptsitz: _____

Telefon-Nr.: _____

ab: _____. Quartal 20_____

oder

- Erweiterung einer Berufsausübungsgemeinschaft
- Erweiterung einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft

Hauptsitz: _____

Telefon-Nr.: _____

ab: _____. Quartal 20_____

Der Berufsausübungsgemeinschaftsvertrag beinhaltet und stellt sicher, dass alle Gesellschafter der Berufsausübungsgemeinschaft ihre ärztliche Tätigkeit als selbstständige Freiberufler und nicht in einem verdeckten Anstellungsverhältnis ausüben.

Titel: _____

Vorname, Name: _____

Facharzt / Fachärztin für: _____

Schwerpunkt: _____

Praxisanschrift

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Unterschrift: _____

und

Titel: _____
Vorname, Name: _____
Facharzt / Fachärztin für: _____
Schwerpunkt: _____

Praxisanschrift

Straße: _____
PLZ / Ort: _____
Unterschrift: _____

und

Titel: _____
Vorname, Name: _____
Facharzt / Fachärztin für: _____
Schwerpunkt: _____

Praxisanschrift

Straße: _____
PLZ / Ort: _____
Unterschrift: _____

und

Titel: _____
Vorname, Name: _____
Facharzt / Fachärztin für: _____
Schwerpunkt: _____

Praxisanschrift

Straße: _____
PLZ / Ort: _____
Unterschrift: _____

und

Titel: _____

Vorname, Name: _____

Facharzt / Fachärztin für: _____

Schwerpunkt: _____

Praxisanschrift

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Unterschrift: _____

und

Titel: _____

Vorname, Name: _____

Facharzt / Fachärztin für: _____

Schwerpunkt: _____

Praxisanschrift

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Datum / Unterschrift: _____

und

Titel: _____

Vorname, Name: _____

Facharzt / Fachärztin für: _____

Schwerpunkt: _____

Praxisanschrift

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Unterschrift: _____