

Antrag auf Wechsel der Trägerschaft eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ)

Zulassungsausschuss für Zahnärzte
- Nordbayern -
Laufertorgraben 10
90489 Nürnberg

Anträge nur im Original einreichen!

Bei Fragen rufen Sie uns gerne an:

Tel: 0911 / 58 88 83-14
bzw. 0911 / 58 88 83-12
Fax: 089 / 7 24 01-602

Für das MVZ _____
Name des MVZ

in _____
Adresse des MVZ

in Trägerschaft von _____,

wird der **Wechsel der Trägerschaft** beantragt.

Ab _____ soll neuer Träger des vorgenannten MVZ sein:
Datum

Rechtsform des neuen Trägers / beizufügende Antragsunterlagen:

Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH)

- ✓ Gesellschaftsvertrag gem. §§ 2, 3 GmbHG
- ✓ aktueller Auszug aus dem Handelsregister (nicht älter als 3 Monate)
- ✓ aktuelle Gesellschafterliste gem. § 40 GmbHG (nicht älter als 3 Monate)
- ✓ selbstschuldnerische Bürgschaftserklärung, § 95 Abs. 2 Satz 6 SGB V

Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR)

- ✓ Gesellschaftsvertrag gem. § 705 BGB

Partnerschaftsgesellschaft (PartG)

- ✓ Partnerschaftsvertrag gem. § 3 PartGG
- ✓ aktueller Auszug aus dem Partnerschaftsregister (nicht älter als 3 Monate)

eingetragene Genossenschaft (eG)

- ✓ Satzung nach §§ 5 ff. GenG
- ✓ aktueller Auszug aus dem Genossenschaftsregister (nicht älter als 3 Monate)
- ✓ aktueller Ausdruck der Mitgliederliste gem. § 30 GenG

eingetragene Genossenschaft (eG)

- ✓ Satzung nach §§ 5 ff. GenG
- ✓ aktueller Auszug aus dem Genossenschaftsregister (nicht älter als 3 Monate)
- ✓ aktueller Ausdruck der Mitgliederliste gem. § 30 GenG

öffentlich-rechtliche Rechtsform (bei Kommunen)

- ✓ Ggf.: Satzung
- ✓ sonstige Nachweise

Datum, Unterschrift Vertretungsberechtigter des MVZ

Die Gebühr gem. § 46 Abs. 1 lit. c (ZÄ-ZV) in Höhe von **120 Euro** wurde am _____ auf das Konto des Zulassungsausschusses für Zahnärzte - Nordbayern - bei der - Deutschen Apotheker- und Ärztebank eG Nürnberg - IBAN **DE85 3006 0601 0101 1261 72** | BIC **DAAEDEDXXX** überwiesen.

Informationen gem. Art. 13 DS-GVO finden Sie in unserer [Datenschutzerklärung](#).

Selbstschuldnerische Bürgschaftserklärung

Bürgschaftserklärung i.S. v. § 95 Abs. 2 Satz 6 SGB V

des Herrn/der Frau: _____
Name des Bürgen/der Bürgin

wohnhafte in: _____
Anschrift des Bürgen/der Bürgin

**gegenüber den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, insbesondere der
Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns, und den Krankenkassen:**

Hiermit übernimmt: _____
Name des Bürgen/der Bürgin

**die selbstschuldnerische Bürgschaft für Forderungen der Kassenzahnärztlichen
Vereinigungen, insbesondere der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns und der
Krankenkassen**

gegen das **Medizinische Versorgungszentrum:** _____
Name des MVZ

Träger i.S.v. § 95 Abs. 1 SGB V:
(Name der Trägergesellschaft des MVZ i.S.v. § 95 Abs. 1 Satz 6 SGB V)

**aus dessen vertragszahnärztlicher Tätigkeit unter Verzicht auf die Einrede der
Vorausklage gem. § 771 Abs. 1 Nr. 1 BGB sowie auf die Einrede der Anfechtbarkeit und
Aufrechenbarkeit nach § 770 BGB; dies gilt auch für Forderungen, die erst nach
Auflösung des o.g. Medizinischen Versorgungszentrums fällig werden.**

Ort, Datum

Unterschrift des Bürgen/der Bürgin

Unterschrift weiterer Vertretungsberechtigter

Unterschrift weiterer Vertretungsberechtigter