

Bitte zurücksenden oder faxen an:

Ärztlicher Bezirksverband Oberbayern
Postfach 80 01 80
81601 München
FAX: 089 / 45 12 57 - 29



Anzeige der Niederlassung / weiterer Praxen

Ich zeige gemäß § 5 der Meldeordnung an:

dass ich mich ab / seit:
(Bitte genaues Datum angeben)

als (Fachgebiet)

in (Praxisanschrift der Hauptpraxis)

Tel.: Fax: Email:

niedergelassen habe.

Meine Niederlassung führe ich als Kassenpraxis, KV-Nr. 64/ Privatpraxis

Einzelpraxis

Gemeinschaftspraxis mit

Praxisgemeinschaft mit

Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) Leiter des MVZ's angestellter Arzt im MVZ

Anschrift:

weitere Praxis (BO § 17 Abs. 2): seit: Anschrift:

Die weitere Praxis ist eine Einzelpraxis Gemeinschaftspraxis Praxisgemeinschaft

Med. Kooperationsgemeinschaft zwischen Ärzten
u. Angehörigen anderer Fachberufe (BO § 23 a) mit:
(genehmigungspflichtig durch BLÄK).

sonstige Partnerschaft (BO § 23 b) mit:
(Vertrag der BLÄK vorlegen)

Praxisverbund (BO § 23 c)
(Vertrag der BLÄK vorlegen)

Ich habe Belegbetten in folgender Klinik:

Meine hauptberufliche Tätigkeit ist in folgender Klinik/ Praxis:

Meine Privatadresse lautet:

Meine Korrespondenz möchte ich an Praxisadresse Privatadresse

.....
Ort / Datum

.....
Name des Arztes in Druckbuchstaben

.....
Geb.Datum

.....
Unterschrift +Stempel