

Bitte zurücksenden / faxen an:

Ärztlicher Bezirksverband Oberbayern
Postfach 80 01 80
81601 München

FAX: 089 / 45 12 57 – 29



ÄBO
Ärztlicher Bezirksverband
Oberbayern

Änderungen zur Niederlassung:

Ich zeige gemäß § 5 der Meldeordnung an:

dass ich mich ab
(Bitte genaues Datum angeben)

als (Fachgebiet)

in (Praxisanschrift)

..... Tel./Fax: Email:

niedergelassen habe in Kassenpraxis Privatpraxis

Diese Praxis ist eine:

Einzelpraxis

Gemeinschaftspraxis mit:

Praxisgemeinschaft mit:

weiterer Praxissitz: BO § 17,2:

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

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

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

Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) mit:

Meine Privatadresse lautet:

.....
Ort / Datum

.....
Name des Arztes in Druckbuchstaben

.....
Unterschrift +Stempel