

Antrag für das vorzeitige Beenden des Ruhens der Tätigkeit eines angestellten Zahnarztes / KFO

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 - 12
- 14
- 18

Name Antragsteller und Praxisadresse

beantrage das vorzeitige Ende des Ruhens der Tätigkeit des angestellten Zahnarztes / KFO

zum _____

Die Tätigkeit von

Name des angestellten ZA

soll ab dem _____ wiederaufgenommen werden.

Ich bestätige hiermit, dass sich die Arbeitszeit gem. Arbeitsvertrag vom _____ nicht ändert. Andernfalls wird die Reduzierung der Tätigkeit des aZ separat beantragt.

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.

E-Mail Adresse des Antragstellers: _____

evtl. Rückfragen im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgen per E-Mail.

ABE-Praxisstempel:

Datum, Unterschrift des Arbeitgebers