Antrag auf vorzeitiges Beenden des Ruhens der vertragszahnärztlichen Tätigkeit eines MVZs

Anträge nur im Original einreichen!

Zulassungsausschuss für Zahnärzte
- Nordbayern -
Laufertorgraben 10
90489 Nürnberg

Bei Fragen rufen Sie uns gerne an:

Tel: 0911 / 58 88 83 -12
-14
-18

Das Medizinische Versorgungszentrum

_____
Name des MVZs

_____
derzeitige Erreichbarkeit bzw. aktuelle Adresse

_____
E-Mail, Telefon

beantragt das vorzeitige Ende des Ruhens der vertragszahnärztlichen Tätigkeit

zum _____.

Die Tätigkeit wird ab dem _____

am Betriebsstandort _____ wieder

aufgenommen.

☐ Das MVZ beschäftigt derzeit angestellte Zahnärzte. Für das vorzeitige Ende des Ruhens dieser angestellten Zahnärzte wurden separate Anträge eingereicht.

Die Gebühr in Höhe von **120 Euro** gem. § 46 Abs. 1 lit. c Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte 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 DAAEDEDDXXX überwiesen.

E-Mail Adresse des Antragstellers: _____

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

ABE-Praxisstempel:

_____
Ort, Datum, Unterschrift MVZ Vertretungsberechtigter

Informationen gem. Art. 13 DS-GVO finden Sie in unserer Datenschutzerklärung.