

Antrag auf Ruhen eines MVZs

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

Das Medizinische Versorgungszentrum

Name des MVZs

derzeitige Erreichbarkeit bzw. aktuelle Adresse

E-Mail, Telefon

beantragt das **Ruhen** / die **Verlängerung des Ruhens** der vertragszahnärztlichen Tätigkeit ab dem _____ bis voraussichtlich zum _____

(keine rückwirkende Genehmigung möglich)

für den Sitz in _____
Betriebsstandort

Begründung:

- Neuorientierung; Begründung: _____
- Sonstige Gründe: _____
- Das MVZ beschäftigt derzeit angestellte Zahnärzte. Die entsprechenden Anträge auf Ruhen der Anstellungen wurden separat eingereicht.

Die vom Zulassungsausschuss genehmigte Ruhezeit kann jederzeit unterbrochen oder beendet und die vertragszahnärztliche Tätigkeit wiederaufgenommen werden. Dies ist rechtzeitig vor Tätigkeitsaufnahme schriftlich (Antrag erforderlich) mitzuteilen. Mindestens 6 Wochen vor Ablauf des Ruhens erfolgt eine Kontaktaufnahme mit dem Zulassungsausschuss durch das MVZ.

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 **DAAEDEDXXX** überwiesen.

E-Mail Adresse des Antragstellers: _____

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

ABE-Praxisstempel:

Ort, Datum, Unterschrift MVZ Vertretungsberechtigter