

Antrag auf das vorzeitige Beenden des Ruhens der vertragszahnärztlichen Tätigkeit

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

Ich _____
Name, Vorname

derzeitige Erreichbarkeit bzw. aktuelle Adresse

E-Mail, Telefon

beantrage das **vorzeitige Ende des Ruhens** meiner vertragszahnärztlichen Tätigkeit

zum _____
erst ab Sitzungsdatum möglich

in _____
Praxisadresse

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:

Ort, Datum, Unterschrift

Informationen gem. Art. 13 DS-GVO finden Sie in unserer [Datenschutzerklärung](#).