

Antrag auf Ruhen 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 83-14
bzw. 0911 / 58 88 83-12
Fax: 089 / 7 24 01-602

Ich _____
Name, Vorname

derzeitige Erreichbarkeit bzw. aktuelle Adresse

E-Mail, Telefon

beantrage das **Ruhen** / die **Verlängerung des Ruhens** meiner vertragszahnärztlichen Tätigkeit ab

dem _____ bis voraussichtlich zum _____
erst ab Sitzungsdatum möglich

in _____
Praxisadresse

Begründung:

- Krankheit (Attest erforderlich)
- Fortbildung (Nachweis erforderlich)
- Mutterschafts- bzw. Erziehungsurlaub (Nachweis erforderlich)
- Neuorientierung; Begründung: _____
- Sonstige Gründe: _____

Mir ist bekannt, dass ich die vom Zulassungsausschuss genehmigte Ruhenszeit jederzeit unterbrechen oder beenden und meine vertragszahnärztliche Tätigkeit wiederaufnehmen kann und werde dies vorab rechtzeitig schriftlich mitteilen. Ich setze mich mind. 5 Wochen vor Ablauf des Ruhens mit dem Zulassungsausschuss in Verbindung.

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.

Ort, Datum, Unterschrift

ABE-Praxisstempel: