

Antrag auf Ruhen der Tätigkeit des/der angestellten Zahnarztes/-ärztin / KFO

Zulassungsausschuss für Zahnärzte
- Südbayern -
Fallstraße 34
81369 München

Bei Fragen rufen Sie uns gerne an:

Zuständigkeitsbereich A - K
Tel.: 089 / 7 24 01-511

Zuständigkeitsbereich L - Z
Tel.: 089 / 7 24 01-507

Name Antragsteller und Praxisadresse

Ich beantrage das **Ruhen / die Verlängerung des Ruhens** für den angestellten Zahnarzt/-ärztin:

Herrn/Frau:

ab dem _____ bis voraussichtlich zum _____ für meinen
(nicht rückwirkend möglich)

Vertragszahnartzsitz in _____
Praxisort, an dem der/die Angestellte genehmigt wurde – ggf. Zweigpraxisort

Begründung:

- Krankheit (Attest erforderlich)
- Fortbildung (Nachweis erforderlich)
- Mutterschafts- bzw. Erziehungsurlaub / Beschäftigungsverbot (Nachweis anbei)
- Sonstige Gründe: _____

Mir ist bekannt, dass ich die vom Zulassungsausschuss genehmigte Ruhezeit des/der Angestellten beenden bzw. verlängern kann. Hierfür muss fristgerecht (mind. 4 Wochen vor Ablauf des Ruhens) eine schriftliche Mitteilung an den Zulassungsausschuss erfolgen.

Die Gebühr gem. § 46 Abs. 1c (ZÄ-ZV) in Höhe von **120 Euro** wurde am _____ auf das Bankkonto des Zulassungsausschusses Südbayern bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank München, **IBAN DE14 3006 0601 0601 1261 72 | BIC DAAEDEDXXX** überwiesen.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/Vertragszahnarzt

Unterschrift angestellter Zahnarzt/-ärztin/KFO

ABE-Praxisstempel: