

Antrag für das vorzeitige Beenden des Ruhens der Tätigkeit eines angestellten Zahnarztes / KFO

Zulassungsausschuss für Zahnärzte
- Südbayern -
Fallstraße 34
81369 München

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an:

zulassung-suedbayern@kzvb.de

Name Antragsteller und Praxisadresse

beantrage das vorzeitige Ende des Ruhens der Tätigkeit eines angestellten Zahnarztes / KFO
zum _____.

Die Tätigkeit von

Name des angestellten ZA

wird ab dem _____ wiederaufgenommen.

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 - Südbayern - bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank München IBAN **DE14 3006 0601 0601 1261 72** | BIC **DAAEDEDXXX** überwiesen.

E-Mail-Adresse des Antragsstellers: _____
für evtl. Rückfragen im Zusammenhang mit dem Antrag. Diese erfolgen ausschließlich per E-Mail.

ABE-Praxisstempel:

Datum, Unterschrift des Arbeitgebers