

Antrag auf Ruhen eines MVZs

Zulassungsausschuss für Zahnärzte
- Südbayern -
Fallstraße 34
81369 München

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an:

zulassung-suedbayern@kzvb.de

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 _____

in _____
Betriebsstandort

Begründung:

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

Die vom Zulassungsausschuss genehmigte Ruhenszeit kann jederzeit unterbrochen oder beendet und die vertragszahnärztliche Tätigkeit wiederaufgenommen werden. Dies ist rechtzeitig vor Tätigkeitsaufnahme schriftlich 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 - Südbayern - bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank München IBAN **DE14 3006 0601 0601 1261 72** | BIC **DAAEDEDXXX** überwiesen.

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

ABE-Praxisstempel:

Ort, Datum, Unterschrift MVZ Vertretungsberechtigter