Antrag auf das vorzeitige Beenden des Ruhens der vertragszahnärztlichen Tätigkeit

Zulassungsausschuss für Zahnärzte
- Südbayern Fallstraße 34
81369 München

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an:

zulassung-suedbayern@kzvb.de

Ich	
Name, Vorname	
derzeitige Erreichbarkeit bzw. aktuelle Adresse	
E-Mail, Telefon	
beantrage das vorzeitige Ende des Ruhens meiner vertr	agszahnärztlichen Tätigkeit
zum	
Die Tätigkeit nehme ich ab dem	
am Praxisstandort	wieder auf.
Die Gebühr in Höhe von 120 Euro gem. § 46 Abs. 1 lit. 0 Vertragszahnärzte wurde am auf das für Zahnärzte - Südbayern - bei der Deutschen Apothek IBAN DE14 3006 0601 0601 1261 72 BIC DAAEDEDE	Konto des Zulassungsausschusses er- und Ärztebank München
E-Mail-Adresse des Antragsstellers:	
für evtl. Rückfragen im Zusammenhang mit dem Ar per E-Mail.	ntrag. Diese erfolgen ausschließlich
	ABE-Praxisstempel:
	·
Ort, Datum, Unterschrift	