

Antrag auf Ruhen der vertragszahnärztlichen Tätigkeit

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

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 _____

in _____
Praxisadresse

Begründung:

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

Mir ist bekannt, dass ich die vom Zulassungsausschuss genehmigte Ruhezeit jederzeit unterbrechen 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. 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.

ABE-Praxisstempel:

Datum, Unterschrift