

Antrag auf Ruhen meiner Zulassung

Antragsteller/-in

Abrechnungsnummer:

Name/Vorname/Titel:

Praxisanschrift:

Privatanschrift:

Telefon:

E-Mail privat:

Ich beantrage das Ruhen/die Verlängerung des Ruhens meiner Zulassung ab dem / /
bis voraussichtlich zum / / für meinen oben genannten Vertragszahnarztstz.

Begründung:

- Krankheit (ärztliches Attest liegt bei)
- auf der Suche nach neuen Praxisräumen
- Mutterschafts- bzw. Erziehungszeit (Nachweis liegt bei)
- Sonstige Gründe
-

Die Antragsgebühr in Höhe von 120,00 EUR für das Ruhen meiner Zulassung gem. § 25 Z-ZV habe ich
am / / auf das Konto der Postbank Frankfurt am Main,
IBAN: DE79 5001 0060 0184 3036 09, BIC: PBNKDEFF, KZV Hessen, Lyoner Str. 21, 60528 Frankfurt
überwiesen.

Mir ist bekannt, dass ich das vom Zulassungsausschuss genehmigte Ruhen jederzeit unterbrechen und
meine vertragszahnärztliche Tätigkeit wieder aufnehmen kann. In diesem Fall werde ich die Geschäftsstelle
des Zulassungsausschusses darüber vorab schriftlich unterrichten.

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift/Stempel