

Antrag auf Ruhen der Zulassung / Antrag auf Verlängerung des Ruhens der Zulassung

Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses
Helene-Lange-Straße 4-5
14469 Potsdam

Telefax: 0331 – 2977 308
E-Mail: zulassung@kzvlb.de

KZV-Abrechnungstempel

Ich

Titel, Name, Vorname

beantrage für meine vertragszahnärztliche Tätigkeit an dem Vertragszahnarztsitz:

Praxisanschrift

☐ das **Ruhen** ☐ ein **häftiges Ruhen** ☐ die **Verlängerung des Ruhens**

in der Zeit vom _____ bis _____

Begründung:

☐ Krankheit (Attest erforderlich) ☐ Pflege eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen

☐ sonstige Gründe _____

Erreichbarkeit während des Ruhens (Tel.-Nr., E-Mail und Anschrift)

Mir ist bekannt, dass ich die vom Zulassungsausschuss genehmigte Ruhenszeit jederzeit unterbrechen oder beenden und meine vertragszahnärztliche Tätigkeit wieder aufnehmen kann, und werde dies vorab rechtzeitig schriftlich mitteilen.

Gebührenhinweise:

Mit der Stellung des Antrags wird eine **Gebühr in Höhe von 120 €** fällig (§ 46 Abs. 1 c Zahnärzte-ZV).
Bitte überweisen Sie die Gebühr auf folgendes Konto bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank e. G.
Kontoinhaber: KZV Land Brandenburg, IBAN: DE50 3006 0601 0003 0726 06, BIC: DAAEDEDXXX
Verwendungszweck: Antrag Ruhen der Zulassung b.z.w. Antrag Verlängerung Ruhen der Zulassung

☐ Die Antragsgebühr in Höhe von 120 € habe ich am _____ überwiesen.

Ort / Datum

Name Antragsteller/Antragstellerin
(in Druckbuchstaben)

Unterschrift (Antragsteller/Antragstellerin)