

\_\_\_\_\_  
Name VZA/VZÄ

\_\_\_\_\_  
Praxisanschrift

\_\_\_\_\_  
Tel.-Nr.

\_\_\_\_\_  
Stempel-Nr.

An den  
Zulassungsausschuss für  
Zahnärzte in Berlin  
Georg-Wilhelm-Str. 16  
10711 Berlin

**Fax-Nr. 89004-353**

Berlin, den

### **Antrag auf Ruhen meiner vertragszahnärztlichen Tätigkeit**

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich bitte um das Ruhen meiner vertragszahnärztlichen Tätigkeit von \_\_\_\_\_  
bis \_\_\_\_\_ .

#### **Begründung:**

- Krankheit (Attest anbei)
- Fortbildung (Nachweis anbei)
- Mutterschafts- bzw. Erziehungsurlaub (Nachweis anbei)
- Sonstige Gründe (Erklärung und Nachweis anbei)

Sie dürfen die fällige Antragsgebühr in Höhe von € 120,00 von meinem derzeitigen Honorarkonto abbuchen.

Mir ist bekannt, dass ich die vom Zulassungsausschuss genehmigte Ruhenszeit jederzeit unterbrechen, d.h. meine vertragszahnärztliche Tätigkeit jederzeit wieder aufnehmen kann.

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(hier bitte Ihre Privatanschrift!)