
Name

private Anschrift

private Telefonnummer

private E-Mail

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

Fax: 030 89004-353

Antrag auf Ruhen der Zulassung gem. § 26 Zä-ZV

Ich beantrage das Ruhen meiner vertragszahnärztlichen Tätigkeit vom _____
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 bei der KZV Berlin abbuchen.

Die vom Zulassungsausschuss genehmigte Ruhenszeit kann jederzeit unterbrochen,
d. h. die vertragszahnärztliche Tätigkeit kann jederzeit wieder aufgenommen werden.

Datum und Unterschrift

KZV - Abrechnungstempel