
Name

private Anschrift

private Telefonnummer

private E-Mail

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

**Fax: 030 89004-353
E-Mail: zulassung@kzv-berlin.de**

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.
- Meine letzte Quartalsabrechnung erfolgt/erfolgte für das __. Quartal.

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

Datum und Unterschrift

KZV - Abrechnungstempel