

Antrag auf Ruhen der Tätigkeit eines angestellten Zahnarztes / KFO

Zulassungsausschuss für Zahnärzte
- Nordbayern -
Laufertorgraben 10
90489 Nürnberg

Anträge nur im Original einreichen!

Bei Fragen rufen Sie uns gerne an:

Tel: 0911 / 58 88 83-14
bzw. 0911 / 58 88 83-12
Fax: 089 / 7 24 01-602

Name Antragsteller / Praxisadresse

Ich beantrage das **Ruhen** / die **Verlängerung des Ruhens** für den angestellten Zahnarzt / KFO:

ab dem _____ bis voraussichtlich zum _____ für meinen
(nicht rückwirkend möglich)

Vertragszahnarztsitz in _____
Praxisort, für den der Angestellte genehmigt wurde; ggf. Zweigpraxissitz

Begründung:

- Krankheit (Attest erforderlich)
- Fortbildung (Nachweis erforderlich)
- Mutterschafts- bzw. Erziehungsurlaub / Beschäftigungsverbot (Nachweis erforderlich)
- Sonstige Gründe: _____

Mir ist bekannt, dass ich die vom Zulassungsausschuss genehmigte Ruhenszeit der Angestellten beenden bzw. verlängern kann. Hierfür muss fristgerecht (mind. 5 Wochen vor Ablauf des Ruhens) eine schriftliche Mitteilung an den Zulassungsausschuss erfolgen.

Die Gebühr gem. § 46 Abs. 1 lit. c (ZÄ-ZV) in Höhe von **120 Euro** wurde am _____ auf das Konto des Zulassungsausschusses für Zahnärzte - Nordbayern - bei der - Deutschen Apotheker- und Ärztebank eG Nürnberg - | IBAN **DE85 3006 0601 0101 1261 72** | BIC **DAAEDEDXXX** überwiesen.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/Vertragszahnarzt

Unterschrift angestellter Zahnarzt

ABE-Praxisstempel:

Informationen gem. Art. 13 DS-GVO finden Sie in unserer [Datenschutzerklärung](#).