Zulassungsausschuss - Ärzte - Dresden

Posteingangsstempel

Zulassungsausschuss-Ärzte-Dresden
Postfach 10 06 41
01076 Dresden

Antrag
auf Ruhen der vertragsärztlichen Tätigkeit (Zulassung/Anstellung)

1. Antragsteller ☐ **Vertragsarzt/ Psychotherapeut**
☐ **MVZ**

.....
Titel, Name, Vorname oder Name des MVZ

.....
Fachgebiet

2. für den angestellten Arzt

.....
Titel, Name, Vorname/ Name des MVZ

.....
Fachgebiet

3. Ich beantrage das Ruhen der vertragsärztlichen Tätigkeit

☐ voller Versorgungsauftrag ☐ hälftiger Versorgungsauftrag

vom ..... bis .....
Zeitraum

4. Gründe

.....

.....

5. Antragsgebühr

Die Gebühr von 120,- EUR für den Antrag auf Ruhen der Zulassung bzw. der Anstellung wurde auf das

Konto-Nr.:	**0 003 095 010**
BLZ:	**300 606 01**
bei Kreditinstitut:	**Deutsche Apotheker- und Ärztebank Düsseldorf**
Zahlungsgrund:	**311 100**

am: ..... gezahlt/überwiesen.

....
Ort, Datum Unterschrift Antragsteller