



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

Für die Antragstellung ist eine Gebühr in Höhe von **120,00 €** zu entrichten, vgl. § 46 Abs. 1 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV). Diese wird Ihnen durch den Zulassungsausschuss gesondert in Rechnung gestellt. **Bitte zahlen Sie erst nach Erhalt der Rechnung unter Angabe der Rechnungsnummer. Beachten Sie bitte auch, dass eine Antragsbearbeitung erst nach Einzahlung der Gebühr erfolgt.**

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Antragsteller