

Antrag auf das vorzeitige Beenden des Ruhens der vertragszahnärztlichen Tätigkeit

Zulassungsausschuss für Zahnärzte
- Südbayern -
Fallstraße 34
81369 München

Bei Fragen rufen Sie uns gerne an:

Tel.: 089 / 7 24 01-511
-507
-596
-510

Ich _____

Name, Vorname

derzeitige Erreichbarkeit bzw. aktuelle Adresse

E-Mail, Telefon

beantrage das vorzeitige Ende des Ruhens meiner vertragszahnärztlichen Tätigkeit
zum _____.

Die Tätigkeit nehme ich ab dem _____

am Praxisstandort _____ wieder auf.

Die Gebühr in Höhe von **120 Euro** gem. § 46 Abs. 1 lit. c Zulassungsverordnung für
Vertragszahnärzte wurde am _____ auf das Konto des Zulassungsausschusses
für Zahnärzte - Südbayern - bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank München
IBAN **DE14 3006 0601 0601 1261 72** | BIC **DAAEDEDXXX**.

E-Mail-Adresse des Antragsstellers: _____
**für evtl. Rückfragen im Zusammenhang mit dem Antrag. Diese erfolgen ausschließlich
per E-Mail.**

ABE-Praxisstempel:

Ort, Datum, Unterschrift