

Antrag auf Ruhen der Zulassung zur vertragszahnärztlichen Tätigkeit

Zulassungsausschuss Niedersachsen für
die Zulassung zur vertragszahnärztlichen Tätigkeit
Zeißstraße 11
30519 Hannover

E-Mail: zulassung@kzvn.de
Fax: [0511-59097040](tel:0511-59097040)

KIM: zulassung@kzvn.kim.telematik

Hiermit beantrage ich das Ruhen meiner Zulassung zur vertragszahnärztlichen Tätigkeit gem. § 26 Zahnärzte-ZV.

Name der / des zugelassenen Zahnärztin / Zahnarztes	☐ Frau ☐ Herr ☐ Divers	
	Titel: _____	
	Nachname: _____	
	Vorname: _____	
Vertragszahnarztsitz		
Begründung des Antrags	☐ Gesundheitliche Gründe ☐ Schwangerschaft/Entbindung ☐ Elternzeit ☐ Fortbildung ☐ Sonstige Gründe: _____	
Dauer des Ruhens (max. 1 Jahr)	von: _____ bis: _____ (Datum TT.MM.JJJJ) (Datum TT.MM.JJJJ)	
☐ Die Antragsgebühr in Höhe von 120,00 EUR wurde am _____ auf das nachfolgende Konto überwiesen. KZV Niedersachsen Deutsche Apotheker- und Ärztebank Hannover IBAN DE14 3006 0601 0101 1117 36 BIC DAAEDEDXXX Verwendungszweck: Ruhen + Name Antragsteller		
Ort, Datum	Unterschrift	