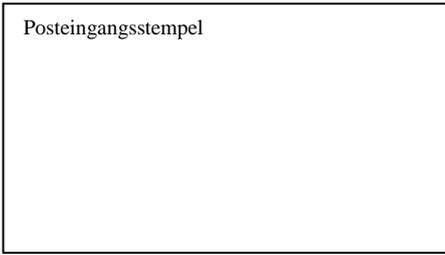


Zulassungsausschuss für Ärzte
bei der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg
Pappelallee 5, 14469 Potsdam
Tel.: 0331/ 2309-970



Antrag auf Genehmigung des Ruhens der Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit (gemäß § 26 Zulassungsverordnung-Ärzte)

Anschrift des Vertragsarztsitzes:

Titel, Vorname, Name:
zugelassen als:
PLZ, Ort:.....
Straße:

Gründe für das beantragte Ruhen:

.....
.....
.....
.....
.....

Das Ruhen wird beantragt

vom: bis
 für hälftigen Versorgungsauftrag für vollen Versorgungsauftrag

Für den Antrag auf Genehmigung des Ruhens wird nach § 46 Abs. 1 c Ärzte-ZV eine Gebühr erhoben in Höhe von EUR 120,00. Die Gebühr wird mit **separater Rechnung** von der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses angefordert. Erst nach Entrichtung dieser Gebühr wird Ihr Antrag vor dem Zulassungsausschuss für Ärzte verhandelt.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift und Stempel