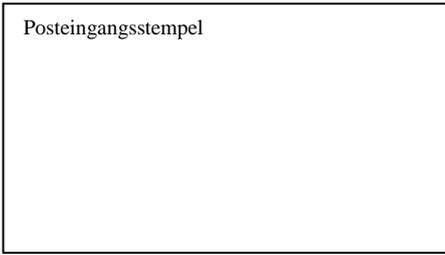


**Zulassungsausschuss für Ärzte**  
bei der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg  
Pappelallee 5, 14469 Potsdam  
Tel.: 0331/ 2309-970



**Antrag auf Genehmigung des Ruhens der vertragsärztlichen Tätigkeit im Rahmen einer Anstellung (gemäß § 26 Zulassungsverordnung-Ärzte)**

**persönliche Angaben des angestellten Arztes:**

Titel, Vorname, Name: .....  
angestellt als: .....  
PLZ, Tätigkeitsort:.....  
Straße: .....

**Gründe für das beantragte Ruhen:**

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

**Das Ruhen wird beantragt**

vom: ..... bis .....  
 für hälftigen Versorgungsauftrag       für vollen Versorgungsauftrag

Für den Antrag auf Genehmigung der Anstellung 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 angestellter Arzt

.....  
Unterschrift Vertragsarzt/Stempel oder  
Unterschrift ärztl. Leiter/Stempel (bei Einrichtungen)