



E-Mail: ZA@KVWL.de Fax: 0231 9432-3927

Antrag auf **Ruhen** der Zulassung zur Teilnahme
an der vertragsärztlichen Versorgung nach § 26 Ärzte-ZV

Antragsteller: Praxisinhaber

Name:	
Vorname:	
Titel (akad. Grad):	

(N)BSNR:	
-----------------	--

Praxisanschrift:

PLZ:		Ort:	
Straße:		Hausnummer:	

Telefon:		FAX:	
-----------------	--	-------------	--

E-Mail:	
----------------	--

Privatanschrift:

PLZ:		Ort:	
Straße:		Hausnummer:	

Telefon:		FAX:	
-----------------	--	-------------	--

E-Mail:	
----------------	--

Facharztbezeichnung und ggf. sonstige Bezeichnungen:	
---	--

Antragsart

Ich beantrage das Ruhen meiner Zulassung

erstmalig

erneut

für den

Faktor 1

Faktor 0,75

Faktor 0,5

Faktor 0,25

für den Zeitraum

von:

bis:

Begründung

- Krankheit
(bei Verlängerung des Ruhens bitte Attest beifügen)
- Mutterschutz/Elternzeit
 - Es wird erklärt, dass die Elternzeit nicht länger als 36 Monate in Anspruch genommen wird
- Weiterbildung
- Pflege Angehöriger

Ggf. weitere Bemerkungen

Antragsgebühr

Die Antragsgebühr nach § 46 Ärzte-ZV in Höhe von **120,00 EUR** wurde an die Kassenärztlichen Vereinigung überwiesen am:

(Konto: Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Dortmund, IBAN DE82 3006 0601 0002 6131 23, BIC DAAEDEDXXX)

Nach § 38 Ärzte-ZV wird über den Antrag erst nach Entrichtung der nach § 46 Ärzte-ZV zu zahlenden Gebühr verhandelt.

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der vorstehenden Angaben.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)