

An die

Fax: 0231 / 9432-3927

Geschäftsstelle des
Zulassungsausschusses der
Ärzte und Krankenkassen
für den Regierungsbezirk

- Arnsberg I
Arnsberg II
Detmold
Münster

Robert-Schimrigk-Str. 4 – 6
44141 Dortmund

Eingangsstempel des
Zulassungsausschusses

Antrag auf Ruhen der Anstellungsgenehmigung nach § 26 Ärzte-ZV

1. Antragssteller

(Name des Praxisinhabers/Name der Berufsausübungsgemeinschaft/Name des antragstellenden MVZ)

Praxisanschrift, Vertragssitz

(Straße und Hausnummer)

(Postleitzahl und Ort)

Betriebsstättennummer

2. Ich/Wir beantrage/n für

Name des angestellten Arztes:

LANR:

Fachgebiet:

- das erstmalige Ruhen der Anstellungsgenehmigung
 die Verlängerung des Ruhens der Anstellungsgenehmigung
(**nur** bei Krankheit: Vorlage eines ärztlichen Attestes)

Zeitraumes des Ruhens:

vom _____ bis zum _____

Tätigkeitsort des angestellten Arztes:

- Hauptbetriebsstätte _____
- Zweigpraxis in _____
- Nebenbetriebsstätte _____

(bitte Anschrift entsprechend angeben)

Begründung des Antrages

- Krankheit
- Mutterschutz/Elternzeit
- Weiterbildung
- Pflege Angehöriger

3. Antragsgebühr

Die Antragsgebühr in Höhe von 120,00 € bitten wir mit beigefügter Abbuchungserklärung zu begleichen.

Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass nach § 38 Ärzte-ZV über Ihren Antrag erst nach Entrichtung der zu zahlenden Gebühr verhandelt wird

Hinweis:

Ich versichere, dass die Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind. Sofern sich Änderungen zu vorstehenden Angaben ergeben, verpflichte ich mich, diese umgehend dem Zulassungsausschuss für Ärzte und Krankenkassen schriftlich mitzuteilen.

(Ort, Datum)

Stempel und Unterschrift des Praxisinhabers/
der Berufsausübungsgemeinschaft/des MVZs

**Zulassungsausschuss der Ärzte und Krankenkassen für den
Regierungsbezirk _____**

Anschrift:

LANR:

BSNR:

OP-NR:*

Erklärung

Hiermit wird das Einverständnis erklärt, dass die nach § 46 Abs. 1 Ärzte-ZV entstandene Gebühr in Höhe von 120,00 EUR von der Vertragsarzt abrechnung bei der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe dem Konto der Buchhaltung gutgeschrieben wird.

(Ort, Datum)

(Stempel/Unterschrift)

GB Finanzen

erledigt am: _____

***(nicht vom Antragsteller auszufüllen)**