

**Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses
der Ärzte und Krankenkassen
für den Regierungsbezirk**

- Arnsberg I
- Arnsberg II
- Münster
- Detmold

Fax Nr. 0231 / 94 32 39 27

Antrag auf Verlängerung der Frist zur Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit nach § 19 Abs. 2 Ärzte-ZV

Eingangsstempel des ZA

1. Antragssteller

Titel, Name, Vorname, _____

Fachgruppe: _____

Praxisanschrift: _____

Straße und Hausnummer _____

Postleitzahl und Ort _____

Betriebsstättennummer:

2. Mit Beschluss

des Zulassungsausschusses vom _____ wurde ich mit Wirkung vom _____
zur vertragsärztlichen Tätigkeit zugelassen.

Die Frist zur Praxisaufnahme läuft am _____ ab.

3. Ich beantrage

die Verlängerung der Frist zur Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit bis zum _____.

Begründung des Antrages

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Krankheit (ärztliches Attest erforderlich) | <input type="checkbox"/> Mutterschutz/Elternzeit |
| <input type="checkbox"/> Weiterbildung | <input type="checkbox"/> Pflege Angehöriger |
| <input type="checkbox"/> Kündigung des bisherigen Beschäftigungsverhältnisses
<small>(Kündigungsbestätigung erforderlich)</small> | <input type="checkbox"/> sonstiges: _____ |

weitere Ausführungen (ggf. mit gesondertem Schreiben) _____

4. Antragsgebühr

Die Antragsgebühr nach § 46 c Ärzte-ZV in Höhe von **120,- EUR** habe ich am _____ der
Kassenärztlichen Vereinigung (Konto: Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Dortmund,
IBAN DE82300606010002613123, BIC DAAEDEDXXX) überwiesen.

Es wird darauf aufmerksam gemacht, 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 Anga-
ben ergeben, verpflichte ich mich, diese umgehend dem Zulassungsausschuss für Ärzte und Krankenkassen schriftlich
mitzuteilen.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des antragstellenden Vertragsarztes