



Ressort Vertragsärztliche Versorgung
 Zulassungsausschuss Ärzte Leipzig
 Postfach 11 64
 09070 Chemnitz

**Antrag
 auf Ruhen der vertragsärztlichen Tätigkeit (Zulassung/Anstellung)**

1. Antragsteller

Vertragsarzt/BAG

.....
 Titel, Name, Vorname/BAG-Name

.....
 Fachgebiet

MVZ

.....
 MVZ-Name

.....
 Name ärztlicher Leiter

.....
 Name MVZ-Vertretungsberechtigter

2. Antragstellung

für den Antragsteller selbst

für den angestellten Arzt

.....
 Titel, Name, Vorname/ Name des MVZ

.....
 Fachgebiet

3. Umfang des beantragten Ruhens der vertragsärztlichen Tätigkeit

Zulassung

aktueller Versorgungsauftrag	Antrag Ruhen Zulassung			
	1,0	0,75	0,5	0,25
1,0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0,75	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0,5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anstellung

aktueller Anstellungsfaktor	Antrag Ruhen Anstellungsfaktor			
	1,0	0,75	0,5	0,25
1,0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0,75	/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0,5	/	/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0,25	/	/	/	<input type="checkbox"/>

4. Ruhenszeitraum

vom bis

5. Ruhensgründe

.....

6. Antragsgebühr

Für die Antragstellung ist eine Gebühr in Höhe von **120,- €** zu entrichten, vgl. § 46 Abs. 1 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte- ZV). Diese wird durch den Zulassungsausschuss gesondert in Rechnung gestellt. **Bitte die Zahlungen erst nach Erhalt der Rechnung unter Angabe der Rechnungsnummer vornehmen.**

Eine Entscheidung des Zulassungsausschusses erfolgt erst nach dem Zahlungseingang der Gebühr.

Hinweis Datenschutz

Die Informationen zum Datenschutz nach Art. 13 und Art. 14 DSGVO finden Sie unter www.kvsachsen.de/mitglieder/datenschutz.

.....
 Ort, Datum

.....
 Unterschrift Antragsteller

Bei MVZ:

.....
 Ort, Datum

.....
 MVZ-Vertretungsberechtigter

.....
 Ärztlicher Leiter MVZ