
Name, Vorname
(bitte Druckschrift)

Ort, Datum

An den
Zulassungsausschuss der Ärzte
und Krankenkassen für den
Regierungsbezirk
Robert-Schimrigk-Str. 4-6
44141 Dortmund

**Verzicht auf die Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung
zugunsten der Begründung eines Anstellungsverhältnisses in einem
Medizinischen Versorgungszentrum**

Hiermit verzichte ich mit Ablauf des _____ auf meine
Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

als _____
(Facharztbezeichnung)

in _____
(postalische Anschrift)

unter der Bedingung der bestandskräftigen Genehmigung der Anstellung

als _____
(Facharztbezeichnung)

in einem Umfang von _____ Stunden pro Woche oder ganztägig

in dem Medizinischen Versorgungszentrum

(Name)

in _____
(Ort der Niederlassung des Medizinischen Versorgungszentrums)

(Unterschrift und Stempel)