

---

Name, Vorname  
(bitte Druckschrift)

---

Ort, Datum

An den  
Zulassungsausschuss  
der Ärzte und Krankenkassen  
Robert-Schirrigk-Str. 4-6  
44141 Dortmund

### **Beendigung der Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit**

Hiermit verzichte ich mit Ablauf des \_\_\_\_\_ auf meine Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit

als

\_\_\_\_\_  
(Facharztbezeichnung)

in

\_\_\_\_\_  
(genaue Praxisanschrift)

Nach Beendigung der vertragsärztlichen Versorgung wird meine Privatanschrift wie folgt lauten:

---

(Unterschrift + Stempel)