
Name, Vorname
(bitte Druckschrift)

Ort, Datum

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

Erklärung über die Beschränkung des Versorgungsauftrages gemäß § 19 a Abs. 2 Satz 1 Ärzte-ZV im Rahmen der Zulassung zur Vertragsarztpraxis

Hiermit erkläre ich mit Ablauf des _____ meine Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit auf die Hälfte des Versorgungsauftrages gemäß § 19 a Abs. 2 Satz 1 Ärzte-ZV zu beschränken.

als _____

(Facharztbezeichnung)

in _____

(genaue Praxisanschrift)

(falls zutreffend, bitte ankreuzen)

Ich habe bzw. werde mit einem gesonderten Antrag die Ausschreibung der anderen Hälfte des Versorgungsauftrages bei der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe veranlassen. Ich beschränke daher meinen Versorgungsauftrag nur unter der Bedingung auf die Hälfte, wenn im Praxisausschreibungs- und -fortführungsverfahren ein Nachfolger für den anderen hälftigen Versorgungsauftrag bestandskräftig zugelassen wird.

(Unterschrift + Stempel)