

Name, Vorname  
(bitte Druckschrift)

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

Ort, Datum

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

Hiermit verzichte ich mit Ablauf des \_\_\_\_\_ auf meine Zulassung zur  
vertragsärztlichen Tätigkeit **mit der Maßgabe der bestandskräftigen Anstellung  
eines Praxisnachfolgers für meinen Vertragsarztsitz / Praxisanteil.**

als

(Facharztbezeichnung)

in

(genaue Praxisanschrift)

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

(Unterschrift und Stempel)