
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)