



### Beendigung der Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

<b>Name:</b>	
<b>Vorname:</b>	
<b>Titel (akad. Grad):</b>	

<b>LANR:</b>	
--------------	--

Hiermit verzichte ich auf meine Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

<b>als Facharzt für</b>

Praxisanschrift:

<b>PLZ:</b>		<b>Ort:</b>	
<b>Straße:</b>		<b>Hausnummer:</b>	

<b>mit Ablauf des:</b>	
------------------------	--

- mit der Maßgabe der rechtskräftigen Zulassung/Anstellung eines Praxisnachfolgers für meinen Vertragsarztsitz/Praxisanteil

Wohnort nach Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit:

<b>PLZ:</b>		<b>Ort:</b>	
<b>Straße:</b>		<b>Hausnummer:</b>	

(Ort, Datum)

Unterschrift