



Ressort Vertragsärztliche Versorgung
Zulassungsausschuss Ärzte Dresden
Postfach 11 64
09070 Chemnitz

Beendigung der Anstellung eines Arztes mit Leistungsbegrenzung

1. Anstellender Arzt/anstellende BAG/anstellendes MVZ

Vertragsarzt/BAG

.....
Titel, Name, Vorname/BAG-Name

.....
Fachgebiet

MVZ

.....
MVZ-Name

.....
Name ärztlicher Leiter

.....
Name MVZ-Vertretungsberechtigter

2. angestellter Arzt

.....
Titel, Vorname, Name

.....
Fachgebietsbezeichnung

Anstellung mit dem Anstellungsumfang

1,0	0,75	0,5	0,25
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Beendigung der Anstellung

Beendigungsdatum:

Hinweise Datenschutz

Die Informationen zum Datenschutz nach Art. 13 und Art. 14 DSGVO finden Sie unter www.kvsachsen.de/mitglieder/datenschutz.

.....

Ort, Datum

Unterschrift Praxisinhaber/BAG-Vertreter

Bei MVZ:

.....

Ort, Datum

.....

MVZ-Vertretungsberechtigter

Ärztlicher Leiter MVZ