

Zulassungsausschuss - Ärzte - Dresden

Zulassungsausschuss-Ärzte-Dresden  
Postfach 10 06 41  
01076 Dresden



## Ende der Anstellung eines Arztes/Psychotherapeuten

### 1. Antragsteller

.....  
Praxisinhaber oder MVZ

.....  
Anschrift Betriebsstätte (Straße, Nr., PLZ, Ort, Tel.)

### 2. angestellter Arzt/Psychotherapeut

.....  
Titel, Name, Vorname

.....  
Fachgebietsbezeichnung

### 3. Beendigung der Anstellung

Vollzeit

Teilzeit

Beendigungsdatum: .....

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift