

Zulassungsausschuss - Ärzte - Leipzig

Zulassungsausschuss-Ärzte-Leipzig  
Postfach 24 11 52  
04331 Leipzig



**Anlage**  
**zum Antrag auf Zulassung als psychotherapeutisch tätiger Arzt**

Ab dem Zeitpunkt meiner Niederlassung als

Facharzt für .....

werde ich im Rahmen meines Fachgebietes

psychotherapeutische Leistungen erbringen

ausschließlich psychotherapeutisch

tätig sein.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Arztes