



Zulassungsausschuss-Ärzte-Leipzig
Postfach 24 11 52
04331 Leipzig

Verzicht auf die Zulassung

1. Name des Arztes/Therapeuten

.....
Praxisinhaber

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

.....
Fachgebietsbezeichnung

2. Verzicht auf Zulassung gemäß § 95 Abs. 7 SGB V

- voller Versorgungsauftrag hälftiger Versorgungsauftrag

Hiermit verzichte ich ab auf meine Zulassung zur ambulanten vertragsärztlichen Tätigkeit und beende damit meine vertragsärztliche Tätigkeit zum

3. Verzichtsgründe

- Schließung der Praxis ohne Übergabe an einen Nachfolger
 nach erfolgter Übergabe meiner Praxis an einen Nachfolger

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift