



Ressort Vertragsärztliche Versorgung  
Zulassungsausschuss Ärzte Dresden  
Postfach 11 64  
09070 Chemnitz

## Verzicht auf die Zulassung

### 1. Zulassungsinhaber/Praxisinhaber

.....  
Praxisinhaber (Titel, Name, Vorname)

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

.....  
Fachgebietsbezeichnung

### 2. Erklärung Zulassungsverzicht gemäß § 95 Abs. 7 SGB V

Hiermit erkläre ich den Verzicht auf meine vertragsärztliche Zulassung mit ....

- vollem Versorgungsauftrag
- hälftigem Versorgungsauftrag
- drei Viertel Versorgungsauftrag.

Der Verzicht soll mit Ablauf des ..... (letzter Tag)  
wirksam werden. Zu diesem Zeitpunkt beende ich meine vertragsärztliche Tätigkeit.

### 3. Verzichtsgründe

- Schließung der Praxis **ohne** Übergabe an einen Nachfolger
- Übergabe meiner Praxis an einen Nachfolger

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift/Stempel