



Zulassungsausschuss - Ärzte - Leipzig
Postfach 24 11 52
04331 Leipzig

Beendigung der Anstellung eines Arztes

1. Antragsteller

.....
Name Praxisinhaber oder MVZ

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

2. angestellter Arzt

.....
Titel, Vorname, Name

.....
Fachgebietsbezeichnung

3. Beendigung der Anstellung

Vollzeit Teilzeit

Beendigungsdatum:

4. Verzicht Nachbesetzung

JA NEIN

Hinweis: Grundsätzlich besteht ein sechsmonatiges Nachbesetzungsrecht. Während dieser Zeit besteht die Pflicht zur Teilnahme der Praxis am ärztlichen Bereitschaftsdienst unter Berücksichtigung des nachbesetzungsfähigen Arztsitzes fort, es sei denn, auf die Möglichkeit zur Nachbesetzung wird verzichtet.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift
SI_ANSTA_End (03/18)