



Zulassungsausschuss Ärzte Leipzig
Postfach 24 11 52
04331 Leipzig

Erklärung zur Beschränkung des Versorgungsauftrages (Teilzulassung)

1. Zulassungsinhaber/Praxisinhaber

.....
Titel, Name, Vorname Praxisinhaber

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

.....
Fachgebietsbezeichnung

2. Erklärung Beschränkung Versorgungsauftrag (§ 19a Abs. 2 Ärzte-ZV)

aktueller Versorgungsauftrag	zukünftiger Versorgungsauftrag	
	0,75	0,5
1,0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0,75	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die Beschränkung des Versorgungsauftrages soll ab dem
wirksam werden.

Die Reduzierung erfolgt **ohne** Weitergabe des frei werdenden Versorgungsauftrages an einen Nachfolger/für die Realisierung einer Anstellung.

Die Reduzierung soll mit der Weitergabe des frei werdenden Versorgungsauftrages an einen Nachfolger/für die Realisierung einer Anstellung erfolgen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift/Stempel