



Zulassungsausschuss Ärzte Dresden  
Postfach 10 06 41  
01076 Dresden

### 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