



Zulassungsausschuss Ärzte Dresden (Psychotherapie)
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