

Praxisanschrift (Stempel)

Privatanschrift

(bei späterer Änderung bitte Arztregister informieren)

Zulassungsausschuss für Ärzte in Schleswig-Holstein
Bismarckallee 1 - 6
23795 Bad Segeberg

Verzichtserklärung zugunsten einer Anstellung (bitte unbedingt im Original einreichen)

In Kenntnis der Tatsache, dass ich nachfolgende Erklärung nicht zurücknehmen kann, erkläre ich mit Wirkung ab

--	--	--	--	--	--

 den Verzicht auf meine

- Zulassung mit viertel Versorgungsauftrag oder
- Zulassung mit hälftigem Versorgungsauftrag oder
- Zulassung mit dreiviertel Versorgungsauftrag oder
- Zulassung mit vollem Versorgungsauftrag

als _____ in _____

zugunsten einer Anstellung

- bei einem Vertragsarzt/-psychotherapeuten

- in einem Medizinischen Versorgungszentrum

(Ort und Datum)

(Unterschrift und Stempel)