

Praxisanschrift (Stempel)

Privatanschrift

(bei späterer Änderung bitte Arztregister informieren)

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

Verzichtserklärung bei Praxisausschreibung (bitte unbedingt im Original einreichen)

In Kenntnis der Tatsache, dass ich nachfolgende Erklärung nicht zurücknehmen kann, erkläre ich vorbehaltlich der bestandskräftigen Zulassung/Anstellung eines Nachfolgers durch den Zulassungsausschuss 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 _____.

(Ort und Datum)

(Unterschrift und Stempel)

