

Praxisanschrift (Stempel)

Privatanschrift

---

---

---

---

---

---

(bei späterer Änderung bitte Arztregister informieren)

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

### **Verzichtserklärung (bitte unbedingt im Original einreichen)**

In Kenntnis der Fristen des § 28 Ärzte-ZV (siehe unten) und der Tatsache, dass ich nachfolgende Erklärung nicht zurücknehmen kann, erkläre ich mit Wirkung ab 

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

den Verzicht auf die

- 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)

Gemäß § 28 Abs. 1 Ärzte-ZV wird der Verzicht auf die Zulassung mit dem Ende des auf den Zugang der Verzichtserklärung des Vertragsarztes beim Zulassungsausschuss folgenden Kalendervierteljahres wirksam. So entfaltet z. B. eine am 03.01. eines Jahres eingegangene Verzichtserklärung erst zum 30.06. ihre Wirkung. Diese Frist kann durch den Zulassungsausschuss verkürzt werden, wenn der Vertragsarzt nachweist, dass für ihn die weitere Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit für die gesamte Dauer oder einen Teil der Frist unzumutbar ist.

Der Zulassungsausschuss wird die in diesem Zusammenhang vorgeschriebenen Gebühren in Höhe von 120,00 EUR nach der entsprechenden Beschlussfassung anfordern.