

Absender / Praxisanschrift

- bitte nicht ausfüllen -	
Kennziffer:	
SÄB:	
Bew.-frist:	
Fachgruppe:	
PL-Bereich:	

**Zulassungsausschuss für Ärzte
für den Zulassungsbezirk Saarland
Postfach 10 16 43
66016 Saarbrücken**

Hälftiger Verzicht auf die Zulassung

Hiermit erkläre ich gem. § 103 Abs. 4 Satz 2 i. V. m. Satz 1 SGB V meinen **häftigen Verzicht auf die Zulassung** zur Ausübung vertragsärztlicher / -psychotherapeutischer Tätigkeit

- ➔ mit Wirkung vom _____
- ➔ mit dem Zeitpunkt der rechtskräftigen Zulassung des Praxisnachfolgers
- ➔ Der Vertragsarztsitz / -psychotherapeutensitz mit Beschränkung auf die Hälfte
Versorgungsauftrag soll durch einen Nachfolger weitergeführt werden

Entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen (§ 103 Abs. 3 a Satz 2 SGB V) stelle ich den **Antrag auf Ausschreibung** des hälftigen Vertragsarztsitzes/ Psychotherapeuten-sitzes.

Sonstige Anmerkungen:
(z. B. Hinweis auf vorgesehene Übergabe der Vertragsarztpraxis an den Sohn, die Tochter oder an einen in der Praxis als „angestellter Arzt“ tätig gewordenen Bewerber)

Ort / Datum

Unterschrift / Vertragsarztstempel