

Absender

Praxisanschrift

Zulassungsausschuss für Ärzte
Postfach 10 16 43
66016 Saarbrücken

Verzicht auf die Zulassung zur Anstellung in einem Medizinischen Versorgungszentrum	MVZ
--	------------

Hiermit erkläre ich gem. **§ 103 Abs. 4 a SGB V** meinen Verzicht auf die Zulassung zur Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit

➤ mit Wirkung vom _____ ,

um im Medizinischen Versorgungszentrum

(Bezeichnung des MVZ)

als angestellter Arzt mit einer Arbeitszeit von _____ Stunden/Woche tätig zu werden.

Mir ist bekannt, dass eine Wiederbesetzung des Vertragsarztsitzes im Wege eines Ausschreibungsverfahrens nach § 103 Abs. 4 SGB V **nicht** möglich ist.

(Ort, Datum)

Unterschrift