

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**

Fax=>0681-99837-530

Verzicht auf die Zulassung

Hiermit erkläre ich meinen **Verzicht auf die Zulassung** zur Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit

- ➔ mit Wirkung vom _____
- ➔ mit dem Zeitpunkt der rechtskräftigen Zulassung des Praxisnachfolgers

Eine Wiederbesetzung meiner Vertragsarztpraxis ist **nicht** vorgesehen

Die Vertragsarztpraxis soll durch einen Nachfolger weitergeführt werden

Entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen (§ 103 Abs. 3 a SGB V) stelle ich den **Antrag auf Ausschreibung** des Vertragsarztsitzes.

In der Ausschreibung sollte – sofern möglich – auf nachfolgende Praxisbesonderheiten hingewiesen werden:

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