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/ -psychotherapeutischer 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/ -psychotherapeutensitzes.

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**

Hinweise zum Datenschutz

Die zur Bearbeitung Ihres Antrags erforderlichen Daten werden auf der gesetzlichen Grundlage der §§ 95 und 98 SGB V in Verbindung mit den Vorschriften der Zulassungsverordnung erhoben und verarbeitet.

Die Daten werden nur im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften verarbeitet. Die Datenverarbeitung ist gemäß Art. 6 Abs. 1 Satz 1 c) DSGVO für die Aufgabenerfüllung der KV Saarland und der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses erforderlich und erfolgt damit rechtmäßig.

Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter dem Link http://www.kvsaarland.de/datenschutz.