

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**

<b>Hälftiger Verzicht auf die Zulassung</b>
---

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/ -psychotherapeutensitzes.

**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>.