

<b>Absender</b>
-----------------

<b>Praxisanschrift</b>
------------------------

Zulassungsausschuss für Ärzte  
Postfach 10 16 43  
66016 Saarbrücken

<b>Verzicht auf die Zulassung zur Anstellung bei einem niedergelassenen Vertragsarzt</b>	<b>VA</b>
------------------------------------------------------------------------------------------	-----------

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

➤ mit Wirkung vom \_\_\_\_\_,

um bei dem Vertragsarzt

\_\_\_\_\_ (Praxisanschrift Vertragsarzt)

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

Der Verzicht wird mit der Maßgabe erklärt, dass die Anstellung bei dem o. g. Vertragsarzt vom Zulassungsausschuss für Ärzte bei der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland bestandskräftig genehmigt wird.

Mir ist bekannt, dass eine Wiederbesetzung des Vertragsarztsitzes im Wege der Praxisübergabe gemäß § 103 Abs. 4 SGB V **nicht** möglich ist.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## **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>.