

| |
|-----------------|
| 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

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>.