

PERSÖNLICHE ANGABEN**BITTE ZURÜCKSENDEN AN:**

Kassenärztliche Vereinigung RLP
 Hauptverwaltung Mainz
 Isaac-Fulda-Allee 14
 55124 Mainz

FAX: 06131 326152_____
Titel, Vorname, Name_____
Straße_____
PLZ, Ort_____
Telefon**ANTRAG AUF AUSSCHREIBUNG UND VERZICHT AUF DIE ZULASSUNG**

Hiermit erkläre ich gegenüber dem Zulassungsausschuss meinen Verzicht auf die Zulassung zur Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit mit dem Zeitpunkt der Praxisübergabe bzw. bestandskräftiger Zulassung des Praxisnachfolgers.

 halber Versorgungsauftrag voller Versorgungsauftrag

Hiermit erkläre ich gegenüber dem Zulassungsausschuss meinen Verzicht auf die Zulassung zur Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit

 halber Versorgungsauftrag voller Versorgungsauftrag

zum

Hinweis: Die Erklärung kann nicht zurückgenommen werden; der Verzicht wird mit Zugang wirksam.

Entsprechend den gesetzlichen Vorgaben (§ 103 Abs. 4 SGB V) stelle ich den Antrag auf Ausschreibung meines Vertragsarztsitzes

im Ärzteblatt Rheinland-Pfalz sowie den Publikationen der KV Rheinland-Pfalz

Übernahmezeitpunkt soll der sein.

Sonstige Anmerkungen (z. B. Hinweis auf vorgesehene Übernahme der Vertragsarztpraxis durch die Tochter / den Sohn oder durch eine(n) in der Praxis als angestellter Arzt/Ärztin tätig gewordene(n) Bewerber/Bewerberin):

Ort, Datum_____
Unterschrift