



**Zulassungsausschuss**

c/o KV RLP  
Hauptverwaltung Mainz  
Isaac-Fulda-Allee 14  
55124 Mainz

**Fax 06131 326-327**

**Verzicht auf die Zulassung**

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Die männliche Form schließt die weibliche mit ein.

BSNR

Titel, Vorname, Name

PLZ/Ort/Straße

Telefon

E-Mail

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

viertel Versorgungsauftrag

halber Versorgungsauftrag

drei Viertel Versorgungsauftrag

voller Versorgungsauftrag

zum \_\_\_\_\_  
Datum

■ Die Erklärung kann nicht zurückgenommen werden, der Verzicht wird mit Zugang wirksam.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift