

- Über die zu entrichtende Antragsgebühr in Höhe von € 120,00 erhalten Sie eine separate Rechnung.

**Fax: 06131 326152**

## Antrag auf Ausschreibung und Verzicht auf die Zulassung

BSNR

Titel, Vorname, Name

PLZ/Ort/Straße

Telefon

E-Mail

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 \_\_\_\_\_  
(Datum)

- **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 RLP

Übernahmezeitpunkt soll der \_\_\_\_\_ sein  
(Datum)

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

Datum

Unterschrift