■ **FORMULAR**

ZULASSUNGSAUSSCHUSS IN RHEINLAND-PFALZ

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

E-Mail: zulassung@kv-rlp.de

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

Hinweis

■ **Aus Sicherheitsgründen können wir nur Dateien im PDF-Format annehmen und verarbeiten.**