■ **FORMULAR**

ZULASSUNGSAUSSCHUSS
IN RHEINLAND-PFALZ

Zulassungsausschuss
c/o Kassenärztliche Vereinigung
Rheinland-Pfalz
Hauptverwaltung Mainz
Isaac-Fulda-Allee 14
55124 Mainz

E-Mail: zulassung@kv-rlp.de

Mitteilung über das Enden einer Berufsausübungsgemeinschaft

Wir teilen mit, dass die Berufsausübungsgemeinschaft

Name der Berufsausübungsgemeinschaft

PLZ | Ort | Straße

BSNR

Telefon Telefax

E-Mail

zum _____ **endet(e).**
Datum

■ Unterschriften **aller** Partner

Datum	Unterschrift	Unterschrift
Unterschrift	Unterschrift	Unterschrift
Unterschrift	Unterschrift	Unterschrift