



## Beendigung der Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

<b>Name:</b>	
<b>Vorname:</b>	
<b>Titel (akad. Grad):</b>	

<b>LANR:</b>	
--------------	--

Hiermit verzichte ich auf meine Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen  
Versorgung

<b>Facharztbezeichnung und ggfs. sonstige Bezeichnungen:</b>	
--	--

Praxisanschrift:

<b>PLZ:</b>		<b>Ort:</b>	
<b>Straße:</b>		<b>Hausnummer:</b>	
<b>BSNR:</b>			

<b>mit Ablauf des:</b>	
------------------------	--

- mit der Maßgabe der rechtskräftigen Zulassung/Anstellung eines Praxisnachfolgers  
für meinen Vertragsarztsitz/Praxisanteil

Wohnort nach Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit: (Sofern Sie in einer Einzelpraxis tätig  
sind, wird diese Adresse nach Beendigung Ihrer Tätigkeit ebenfalls von der KVWL für Schriftwechsel  
und Zustellungen verwendet.)

<b>PLZ:</b>		<b>Ort:</b>	
<b>Straße:</b>		<b>Hausnummer:</b>	

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift