

**Geschäftsstelle**  
**Zulassungsausschuss**  
**Düsseldorf**

**Postanschrift**  
40182 Düsseldorf

Kontakt:  
KA I ☎ 0211 5970 - 9986  
@ [ZA.Kammer.1.KV24@kvno.de](mailto:ZA.Kammer.1.KV24@kvno.de)

KA II ☎ 0211 5970 - 9533  
@ [ZA.Kammer.2.KV24@kvno.de](mailto:ZA.Kammer.2.KV24@kvno.de)

## Verzichtserklärung vorbehaltlich einer Anstellung

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

zum Ende des \_\_\_\_ Quartals 20\_\_\_\_ unter dem Vorbehalt, dass die beantragte Anstellung genehmigt und bestandskräftig wird.

Privatanschrift für den zukünftigen Schriftverkehr:

Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ / Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon / Fax: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Name (bitte in Druckbuchstaben  
oder Vertragsarztstempel)