

Geschäftsstelle
Zulassungsausschuss
Düsseldorf

Postanschrift
40182 Düsseldorf

Kontakt:
KA I ☎ 0211 5970 - 9986
@ ZA.Kammer.1.KV24@kvno.de

KA II ☎ 0211 5970 - 9533
@ ZA.Kammer.2.KV24@kvno.de

Verzichtserklärung auf einen Viertel / hälftigen Versorgungsauftrag vorbehaltlich einer Anstellung

Hiermit verzichte ich auf einen

viertel

oder

hälftigen

Versorgungsauftrag zur Teilnahme an der
vertragsärztlichen/vertragspsychotherapeutischen Versorgung

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

Datum

Unterschrift

Name (bitte in Druckbuchstaben
oder Vertragsarztstempel)

Hinweis:

Durch den erklärten Verzicht muss eine Zulassung im Umfang eines mindestens
hälftigen Versorgungsauftrages bestehen bleiben.
Bei vollständigem Verzicht vorbehaltlich einer Anstellung nutzen Sie bitte das
entsprechende dafür vorgesehene Verzichtsformular.