

Verzichtserklärung

Zulassungsausschuss für
Zahnärzte in Brandenburg
Helene-Lange-Straße 4-5
14469 Potsdam

Hiermit verzichte ich

Name _____

Praxisanschrift _____

mit dem _____

gemäß § 95 Abs. 7 SGB V in Verbindung mit § 28 Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte auf meine Zulassung zur vertragszahnärztlichen Tätigkeit.

Grund: _____

- Vom Verzicht auf die Zulassung werde ich meine Patienten rechtzeitig unterrichten.
- Die Weiterversorgung meiner kieferorthopädischen Patienten ist gewährleistet.

Meine Niederlassung in eigener Praxis gebe ich auf

Meine Praxis wird übernommen von: _____

Erklärung:

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass diese Verzichtserklärung eine einseitige empfangsbedürftige Willenserklärung ist, die keiner Annahme bedarf. Sie wird mit dem Zugang bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses, frühestens zu dem von mir angegebenen Datum wirksam.

Wohnsitz nach dem Ende der Zulassung:

Straße _____

PLZ, Wohnort _____

priv. Telefonnummer _____

Ort/Datum

Unterschrift Zahnarzt