

Verzichtserklärung

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

Hiermit verzichte ich

Name _____

Praxisanschrift _____

Abrechnungsnummer _____

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.

- Ich bin an die Telematikinfrastruktur angebunden und habe einen Praxisausweis (SMC-B) *
- Meine Niederlassung in eigener Praxis gebe ich auf.
- Meine Praxis wird übernommen von: _____

*** Mir ist bekannt, dass die KZV Land Brandenburg gemäß ihrer Antrags-, Nutzungs- und Sperrregelungen für den elektronischen Praxisausweis (SMC-B) mit Bestandskraft der Entscheidung des Zulassungsausschusses über das Ende der Zulassung verpflichtet ist, den Praxisausweis zu sperren.**

Erklärung:

Mir ist bekannt, 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 bzw. Erreichbarkeit nach dem Ende der Zulassung:

Straße _____

PLZ, Wohnort _____

priv. Telefonnummer / Mobil / E-Mail _____

Ort/Datum

Unterschrift Zahnärztin/Zahnarzt