

Verzichtserklärung

An den
Zulassungsausschuss für Zahnärzte
für den Bezirk Land Brandenburg bei der
Kassenzahnärztlichen Vereinigung Land Brandenburg KdÖR
Helene-Lange-Straße 4-5
14469 Potsdam

Vorab per Fax oder E-Mail möglich:

Fax: 0331 2977 308 oder
E-Mail: zulassung@kzvlb.de

Hiermit wird für das MVZ: _____

Abrechnungsnummer: _____

in Trägerschaft von: _____

vertreten durch: _____

für den Vertragszahnarztsitz in: _____

komplette Praxisanschrift

gem. § 95 Abs. 7 SGB V in Verbindung mit § 28 Abs. 1 Zahnärzte-ZV auf die vertragszahnärztliche Zulassung verzichtet.

Der Verzicht auf die Zulassung wird mit dem Ende des auf den Zugang der Verzichtserklärung beim Zulassungsausschuss folgenden Kalendervierteljahres wirksam, § 28 Abs. 1 Satz 1 Zahnärzte-ZV. Abweichend hiervon soll nach dem Wunsch des Verzichtenden der Verzicht wirken zum:

_____ (Datum letzter Tag)

(Der Zulassungsausschuss wird diesem Wunsch entsprechen, sofern nicht Gründe dagegensprechen. Er ist jedoch nicht an den Wunsch des den Verzicht Erklärenden gebunden. Auf das Urteil des SG Marburg (S 12 KA 261/09), wonach für die Zulassungsgremien keine gesetzliche Möglichkeit besteht, dem Verzicht auf die Zulassung eine rückwirkende Wirkung zuzumessen, wird hingewiesen.)

Grund des Verzichtes: _____

- Das MVZ ist an die Telematikinfrastruktur angebunden und hat einen Praxisausweis (SMC-B)
Mir ist bekannt, das 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.

Erreichbarkeit der Gesellschafter der MVZ-Trägergesellschaft nach Ende der Zulassung:

1.

Name: _____

Straße: _____

PLZ, Wohnort: _____

Erreichbarkeit / E-Mail / Telefon: _____

2.

Name: _____

Straße: _____

PLZ, Wohnort _____

Erreichbarkeit / E-Mail / Telefon: _____

3.

Name: _____

Straße: _____

PLZ, Wohnort: _____

Erreichbarkeit / E-Mail / Telefon: _____

Erreichbarkeit des zahnärztlichen Leiters nach Ende der Zulassung:

Name: _____

Straße: _____

PLZ, Wohnort: _____

Erreichbarkeit / E-Mail / Telefon: _____

Der Standort wird übernommen von:

Erklärung

Mir ist bewusst, dass diese Verzichtserklärung eine einseitige, empfangsbedürftige Willenserklärung darstellt, die zu ihrer Wirksamkeit keiner Annahme bedarf. Sie wird mit dem Zugang bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses, frühestens aber zu dem von mir angegebenen Datum wirksam.

Ort, Datum _____

Name in in Druckbuchstaben _____

Unterschrift _____