

Verzichtserklärung

Zulassungsausschuss für
Zahnärzte – Nordbayern –
Laufertorgraben 10
90489 Nürnberg

Bei Fragen rufen Sie uns gerne an:

Tel: 0911 / 58 88 83-14

Fax: 089 / 7 24 01-602

Bitte das **Original** per Post einsenden.

Hiermit wird für das MVZ:

in Trägerschaft von:

vertreten durch:

für den Vertragszahnarztsitz in
komplette Praxisanschrift

gem. § 95 Abs. 7 SGB V in Verbindung mit § 28 Abs. 1 ZÄ-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 ZÄ-ZV. Abweichend hiervon soll nach dem Wunsch des Verzichtenden der Verzicht wirken zum:

.....

(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:

Erreichbarkeit der Gesellschafter der MVZ-Trägersgesellschaft 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 bzw. wurde **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:

Unterschrift:

ABE-Praxisstempel:
