

Verzichtserklärung für ein MVZ

Zulassungsausschuss für Zahnärzte
- Südbayern -
Fallstraße 34
81369 München

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an:

zulassung-suedbayern@kzvb.de

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.

E-Mail-Adresse des Antragsstellers: _____ **für**
evtl. Rückfragen im Zusammenhang mit dem Antrag. Diese erfolgen ausschließlich per E-Mail.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

ABE-Praxisstempel:
