

Regierungsbezirk: _____ Land-/Stadtkreis: _____

Name: _____ Vorname: _____

Fachgebiet: _____

Praxisadresse: _____

An den Treuhänder
Rechtsanwalt Frank Schramm
Deliusstraße 16
24114 Kiel

**Bitte NICHT direkt
an den
Zulassungsausschuss
senden!!!**

An den
Zulassungsausschuss für Ärzte
bei der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg

Bezirksdirektion: _____

Straße: _____

Ort: _____

**Verzicht auf die Zulassung/Ermächtigung
zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit verzichte ich im Rahmen eines kollektiven Zulassungsverzichts auf meine Zulassung/ Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung.

Unabhängig vom Datum der Unterzeichnung soll dieses Schreiben mit dem Eingang beim Zulassungsausschuss wirksam werden.

Zugleich schließe ich mich der Verwahrungsvereinbarung mit dem Rechtsanwalt Frank Schramm und der MEDIVERBUND GmbH vom 18.02.08 an, die mir in Abschrift vorliegt, und bestätige sie.

(Datum, Unterschrift und - soweit vorhanden - Stempel)