

**Zulassungsausschuss für Ärzte/Psychotherapeuten
in Mecklenburg-Vorpommern**

Neumühler Str. 22

19057 Schwerin

Verzichtserklärung

**Hiermit erkläre ich, dass ich unter der Bedingung der rechtskräftigen Zulassung
eines Praxisnachfolgers auf meine Zulassung als**

mit dem Praxissitz in _____ mit Wirkung

ab _____ verzichte.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel