

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

Neumühler Str. 22

19057 Schwerin

V e r z i c h t s e r k l ä r u n g

**Hiermit erkläre ich, dass ich unter der Bedingung der rechtskräftigen Zulassung eines
Praxisnachfolgers auf einen halben Versorgungsauftrag als _____
mit dem Praxissitz in _____ mit Wirkung ab _____
verzichte.**

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel