

Zulassungsausschuss für Ärzte
Mecklenburg-Vorpommern
Neumühler Str. 22

19057 Schwerin

**Verzicht auf Z u l a s s u n g als Vertragsarzt bei gleichzeitiger Anstellung in
einem Medizinischen Versorgungszentrum**

Hiermit verzichte ich

Titel, Name, Vorname: _____

Praxisanschrift: _____

telefonische Erreichbarkeit: _____

mit Ablauf des _____

auf meine Zulassung als _____

in _____

um mit Wirkung ab _____

als angestellter Arzt im Medizinischen Versorgungszentrum

Fachgebiet: _____

Name/Bezeichnung des MVZ: _____

Anschrift: _____

tätig werden zu können; der Antrag des Medizinischen Versorgungszentrums vom _____

auf Genehmigung meiner Anstellung liegt bei.

Ort, Datum _____

(Stempel und Unterschrift des Vertragsarztes)