

Erklärung über die Beendigung der Zulassung zur vertragszahnärztlichen Tätigkeit

Zulassungsausschuss Niedersachsen für
die Zulassung zur vertragszahnärztlichen Tätigkeit
Zeißstraße 11
30519 Hannover

E-Mail: zulassung@kzvn.de
Fax: [0511-59097040](tel:0511-59097040)

KIM: zulassung@kzvn.kim.telematik

Hiermit erkläre ich den Verzicht auf meine Zulassung zur vertragszahnärztlichen Tätigkeit gem. § 28 Zahnärzte-ZV

Name der / des zugelassenen Zahnärztin / Zahnarztes	☐ Frau ☐ Herr ☐ Divers
	Titel: _____
	Nachname: _____
	Vorname: _____
Vertragszahnarztsitz	
Datum des Verzichts mit Ablauf des	_____ (Datum TT.MM.JJJJ)
Wenn zutreffend bitte ankreuzen:	
☐ Ich erkläre meinen Verzicht unter der Bedingung, dass ☐ die Zahnärztin / ☐ der Zahnarzt _____ (Titel / Name / Vorname) eine Zulassung erhält.	
☐ Ich erkläre meinen Verzicht unter der Bedingung, dass mir die Anstellung bei ☐ der Zahnärztin / ☐ dem Zahnarzt _____ (Titel / Name / Vorname) genehmigt wird.	
Ort, Datum	Unterschrift
Wichtiger Hinweis: Mit Eingang dieser Erklärung in der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses ist Ihre Zulassung zu dem von Ihnen angegebenen Datum beendet. Ihre Verzichtserklärung können Sie <u>nicht</u> zurücknehmen. Wir empfehlen Ihnen, mögliche Fragen im Vorfeld der Beendigungsmitteilung zu klären. Hierfür steht Ihnen die Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses unter 0511 8405 – 455 zur Verfügung.	