

Bei Rückfragen: Tel.: 0211/9684 - 0  
Sachbearbeiterin: Frau Birmele - 272  
Frau Oltrogge - 334  
Fax: 0211/9684 - 441

Rückantwort

Zulassungsausschuss-Zahnärzte bei  
Kassenzahnärztliche Vereinigung  
Nordrhein  
Abt. Register/Zulassung  
40181 Düsseldorf

Verzichtserklärung

Beendigung der Zulassung des Medizinischen Versorgungszentrums (§ 95 Abs. 1 Satz 7 SGB V)

in \_\_\_\_\_ .

Hiermit verzichtet das o.g. Medizinische Versorgungszentrum auf die Zulassung an der vertragszahnärztlichen Versorgung zu den gesetzlichen Krankenkassen

mit Ablauf des

--	--	--

Es gibt einen Kooperationsvertrag mit einer Stationären Pflegeeinrichtung

nein

ja, mit: \_\_\_\_\_

(1)

Ab dem

--	--	--

lautet die Nachsendeanschrift wie folgt:

Name	
Strasse	
PLZ Ort	
Telefon (privat)	
E-Mail-Adresse	

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

\_\_\_\_\_  
(Abrechnungstempel)

(1) Zutreffendes bitte ankreuzen!

bitte wenden

Zulassungsausschuss-Zahnärzte bei  
Kassenzahnärztliche Vereinigung  
Nordrhein  
Abt. Register/Zulassung  
40181 Düsseldorf

Meine Praxis wird übernommen von:

---

---

---

---

*Falls der Zulassungsausschuss-Zahnärzte die Zulassung an den Praxisübernehmer nicht erteilt, bitte ich meinen Verzicht auf die vertragszahnärztliche Zulassung nicht zu verhandeln, da die zahnärztliche Versorgung der gesetzlich krankenversicherten Patienten auch weiterhin gewährleistet bleiben soll.*

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Abrechnungsstempel