

Beendigungserklärung Ermächtigung

Wichtiger Hinweis!
Bitte vor Ausdruck des Formulars
den zuständigen Regierungsbezirk
auswählen (Ort des Praxissitzes).

- Regierungsbezirk Stuttgart
- Regierungsbezirk Karlsruhe
- Regierungsbezirk Freiburg
- Regierungsbezirk Tübingen

Hiermit erkläre ich

Name, Vorname: _____ Titel: _____

die Beendigung meiner Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

als Facharzt für _____

mit der/den Schwerpunktbezeichnung/en _____

für die Betriebsstätte

mit Wirkung zum _____

(Ort und Datum)

(Unterschrift)