

**Geschäftsstelle**  
**Zulassungsausschuss**  
**Düsseldorf**

**Postanschrift**  
40182 Düsseldorf

Kontakt:  
KA I ☎ 0211 5970 - 9986  
@ [ZA.Kammer.1.KV24@kvno.de](mailto:ZA.Kammer.1.KV24@kvno.de)

KA II ☎ 0211 5970 - 9533  
@ [ZA.Kammer.2.KV24@kvno.de](mailto:ZA.Kammer.2.KV24@kvno.de)

Handelt es sich bei Ihrem Antrag um ein Formular für eine  
Chiffre-Nr./um eine Bewerbung auf eine Ausschreibung, senden Sie die  
Unterlagen bitte an das Postfach [Ausschreibung.KV24@kvno.de](mailto:Ausschreibung.KV24@kvno.de)

## **Verzichtserklärung auf einen Viertel / hälftigen Versorgungsauftrag vorbehaltlich einer Anstellung**

Hiermit verzichte ich auf einen

viertel

**oder**

hälftigen

Versorgungsauftrag zur Teilnahme an der  
vertragsärztlichen/vertragspsychotherapeutischen Versorgung

zum Ende des \_\_\_\_ Quartals 20\_\_\_\_ unter dem Vorbehalt, dass die beantragte  
Anstellung genehmigt und bestandskräftig wird.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Name (bitte in Druckbuchstaben  
oder Vertragsarztstempel)

### **Hinweis:**

Durch den erklärten Verzicht muss eine Zulassung im Umfang eines mindestens  
hälftigen Versorgungsauftrages bestehen bleiben.

Bei vollständigem Verzicht vorbehaltlich einer Anstellung nutzen Sie bitte das  
entsprechende dafür vorgesehene Verzichtsformular.