

**Geschäftsstelle
Zulassungsausschuss
Düsseldorf**

Kontakt:
Team Ermächtigung

☎ 0211 5970 - 9534
@ Ermaechtigung.KV24@kvno.de

Postanschrift
40182 Düsseldorf

Verzichtserklärung

Hiermit verzichte ich auf meine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen/vertragspsychotherapeutischen Versorgung

zum (Datum): _____

oder

zum Tag der Ermächtigung meines Nachfolgers, Herrn/Frau _____

BSNR: _____

Am Krankenhaus: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Privatanschrift für den zukünftigen Schriftverkehr:

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon / Fax: _____

Datum

Unterschrift

Name (bitte in Druckbuchstaben oder
Vertragsarztstempel)