

**Geschäftsstelle
Zulassungsausschuss
Köln**

Postanschrift:
40182 Düsseldorf

Kontakt:
Kammer Psychotherapie ☎ 0221 7763 33279
@ZA.Kammer.Psychotherapie@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 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.