

Merkblatt

Verzichtserklärung auf die Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit zugunsten einer Anstellung bei einem Vertragsarzt

(Für Ihre Unterlagen bestimmt)

I. ALLGEMEINE HINWEISE

Der Verzicht auf die Zulassung ist eine einseitige empfangsbedürftige Willenserklärung, die keiner Annahme bedarf und mit Zugang beim Zulassungsausschuss wirksam wird. Der Vertragsarzt, der eine solche Erklärung abgegeben hat, kann sich von ihr grundsätzlich nicht mehr lösen.

Die Übersendung der Verzichtserklärung im Original hat zwingend auf dem Postweg zu erfolgen. Alternativ können Sie die Erklärung auch persönlich in der KV Sachsen-Anhalt abgeben.

II. DATENSCHUTZ

Die zur Bearbeitung Ihres Antrags erforderlichen Daten werden auf der gesetzlichen Grundlage der §§ 95 und 98 SGB V in Verbindung mit den Vorschriften der Zulassungsverordnung erhoben und verarbeitet.

Die Daten werden nur im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften verarbeitet. Die Datenverarbeitung ist gem. Art. 6 Abs. 1 Satz 1 c) DSGVO für die Aufgabenerfüllung der KV Sachsen-Anhalt und der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses erforderliche und erfolgt damit rechtmäßig.

Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter dem Link:

https://www.kvsa.de/service/ueber_uns/datenschutz_informationen.html

Weitere Informationen zu den Besonderheiten des Datenschutzes im **Auswahlverfahren** finden Sie auf der Homepage der KVSA.

Verzichtserklärung auf die Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit zugunsten einer Anstellung bei einem Vertragsarzt

Zulassungsausschuss für Ärzte
bei der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt
Doctor-Eisenbart-Ring 2
39120 Magdeburg

Das Antragsformular bitte vollständig ausfüllen sowie Zutreffendes ankreuzen!

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Die männliche Form schließt die weibliche mit ein, ohne dadurch eine geschlechtsspezifische Diskriminierung vornehmen zu wollen.

1. ALLGEMEINE ANGABEN

Titel:

BSNR:

Name:

Vorname(n):

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort des **Vertragsarztsitzes**

E-Mail-Adresse

Telefonnummer

2. ERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich den Verzicht auf meine Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung

Vollzulassung	dreiviertel Zulassung
halbe Zulassung	viertel Zulassung
zugunsten der Anstellung bei	
Titel, Vorname, Name des Vertragsarztes + Straße, Hausnummer, PLZ, Ort des Vertragssitzes	
mit Wirkung zum:	(tt.mm.jjjj).
Bei dem Verzicht auf die Zulassung handelt es sich um eine einseitig empfangsbedürftige Willenserklärung, die keiner Annahme bedarf und deshalb mit Zugang beim Zulassungsausschuss wirksam wird (§ 130 BGB). Das bedeutet, dass der Arzt, der eine entsprechende Erklärung abgegeben hat, sich von ihr nicht mehr lösen kann oder Bedingungen an die Verzichtserklärung knüpfen kann.	

3. ABSICHTSERKLÄRUNG

Ich beabsichtige, in dem Vertragsarztsitz des vorgenannten Antragstellers (Vertragsarzt) als genehmigter angestellter Arzt für eine Dauer von mindestens drei Jahren ab dem Antritt der Arztstelle tätig zu werden.

Ort, Datum

Name/Unterschrift anzustellender Arzt



Stempel anzustellender Arzt