

An die Kassenärztliche Vereinigung Berlin - Arztregister - 14057 Berlin, Masurenallee 6 a

**ANTRAG AUF AUSSCHREIBUNG EINES VERTRAGSARZTSITZES GEM. § 103 Abs. 4 SGB V**

1. Hiermit verzichte ich, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
NAME VORNAME GEB.-DATUM LANR  
auf meine Zulassung  
 Vollzulassung  
 Teilzulassung

zur vertragsärztlichen Versorgung zum Ende des ..... Quartals 20....

**Der Verzicht soll erst wirksam werden, wenn der Praxisnachfolger rechtskräftig zugelassen und die Praxis von mir übergeben worden ist.**

2.  Ich/Wir bin/sind der/die Erbe/n des am ..... verstorbenen  
Vertragsarztes Name .....Geb.-Datum.....  
3.  Meine Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung wurde durch den  
Zulassungsausschuss mit Wirkung ab ..... entzogen.

Gemäß 103 Abs. 4 SGB V beantrage(n) ich/wir den Vertragsarztsitz/-anteil im Verwaltungsbezirk  
....., Straße....., Ort.....Berlin, unter der Arztgruppe  
.....auszuschreiben.

Ich/Wir wünsche(n), dass die Praxis bzw. der Praxisanteil von einem Nachfolger fortgeführt wird.  
Als Nachfolger schlage(n) ich/wir vor:

Frau/Herr Dr.med. ....

Straße..... Ort ..... Berlin.

Mir/Uns ist bekannt, dass der Vorschlag die Entscheidung des Zulassungsausschusses nicht präjudiziert.

Nach meiner/unserer Kenntnis ist für diesen Verwaltungsbezirk und diese Arztgruppe eine Zulassungsbeschränkung angeordnet. Mir/Uns ist bekannt, dass der Kaufpreis für die Praxis den Verkehrswert nicht übersteigen soll. Der von mir/uns erwartete Kaufpreis beträgt ca.

€ .....

Ideeller Wert: ..... Materieller Wert.....

**Hinweis:** Die Angaben zum Kaufpreis erfolgen auf freiwilliger Basis. Die Veröffentlichung erfolgt ohne Nennung des Namens und der genauen Anschrift sowie der Kaufpreisforderung. Mit der Weitergabe meiner Praxisanschrift an die Bewerber bin ich einverstanden.

....., den .....  
Ort Datum Unterschrift Abrechnungsstempel