

# Antrag auf Beendigung der Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

Bei persönlicher Ermächtigung:

Titel, Vorname, Name	
Krankenhaus / Institution	

Bei Institutsermächtigung:

Name/ Krankenhaus/ Institution	
Träger	
Ärztliche Leitung	

Ich möchte die Ermächtig zum \_\_\_\_\_ (Datum oder nächstmöglich) aus folgendem Grund

\_\_\_\_\_ beenden.

---

(Ort, Datum)

---

(Unterschrift Antragsteller/in)