

(Absender)

Kassenzahnärztliche Vereinigung  
S a a r l a n d  
- Haus der Zahnärzte -  
Postfach 10 16 61  
66016 Saarbrücken

### Verzichtserklärung

Beendigung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit in \_\_\_\_\_.

Hiermit erkläre ich, dass ich mit Ablauf vom \_\_\_\_\_ auf meine  
Vertragszulassung verzichte.

- Grund:**
- Gewährung von Berufsunfähigkeitsrente
  - Gewährung von Altersrente
  - Aufgabe der Tätigkeit aus anderen Gründen:

\_\_\_\_\_

Meine Privatanschrift ist wie folgt:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)