



Ressort Vertragsärztliche Versorgung  
Zulassungsausschuss Ärzte Chemnitz  
Postfach 11 64  
09070 Chemnitz

### Beendigung der Anstellung eines Arztes mit Leistungsbegrenzung

#### 1. Anstellender Arzt/anstellende BAG/anstellendes MVZ

**Vertragsarzt/BAG**

.....  
Titel, Name, Vorname/BAG-Name

.....  
Fachgebiet

**MVZ**

.....  
MVZ-Name

.....  
Name ärztlicher Leiter

.....  
Name MVZ-Vertretungsberechtigter

#### 2. angestellter Arzt

.....  
Titel, Vorname, Name

.....  
Fachgebietsbezeichnung

Anstellung mit dem Anstellungsumfang

1,0	0,75	0,5	0,25
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 3. Beendigung der Anstellung

Beendigungsdatum: .....

**Hinweise Datenschutz**

Die Informationen zum Datenschutz nach Art. 13 und Art. 14 DSGVO finden Sie unter [www.kvsachsen.de/mitglieder/datenschutz](http://www.kvsachsen.de/mitglieder/datenschutz).

.....

Ort, Datum

Unterschrift Praxisinhaber/BAG-Vertreter

Bei MVZ:

.....

Ort, Datum

.....

MVZ-Vertretungsberechtigter

Ärztlicher Leiter MVZ