

Verzichtserklärung Approbation

Ich,, geboren am in
....., wohnhaft in.....
(vollständige Anschrift) verzichte mit heutigem Tage gemäß

- § 9 der Bundesärzteordnung
- § 3 des **Psychotherapeutengesetzes**
- § 10 der Bundes-Apothekerordnung
- § 7 **Zahnheilkundengesetz**

gegenüber dem Regierungspräsidium Stuttgart auf die mir am
von..... (Erteilungsbehörde) erteilte Approbation (Bestallung) als
.....

Ich gebe an, dass mein letzter Tätigkeitsort im oben genannten Beruf in
..... (PLZ, Ort) war. Ich bin derzeit bei der
Ärzttekammer in gemeldet.

Mir ist bekannt, dass ich mit Wirkung vom heutigen Tage an nicht mehr befugt bin, den
Beruf als auszuüben und die
Berufsbezeichnung zu führen.

Dieser Verzicht wird nicht unter einer Bedingung erklärt. Die Originalurkunde liegt dieser
Erklärung bei.

Bitte zutreffendes ankreuzen.	
<input type="checkbox"/> Ich bestätige, dass der Name auf dieser Verzichtserklärung mit dem Namen auf meiner Approbationsurkunde übereinstimmt.	<input type="checkbox"/> Der Name auf meiner Approbationsurkunde weicht von meinem aktuellen Namen ab. Ein Nachweis über meine Namensänderung ist beigefügt. (z.B. eine Kopie meiner Heiratsurkunde oder eine Kopie meines Personalausweises).

Ort, Datum

Unterschrift