

Verzichtserklärung

Ich,, geboren am,
wohnhaft in

.....

verzichte mit heutigem Tage gemäß § 9 der Bundesärzteordnung gegenüber dem
Regierungspräsidium Stuttgart auf die mir am erteilte
Approbation (Bestallung) als Ärztin bzw. Arzt.

Dieser Verzicht wird nicht unter einer Bedingung erklärt.

Die Originalurkunde über die Approbation als Ärztin bzw. Arzt liegt dieser Erklärung bei.

Mir ist bekannt, dass ich mit Wirkung vom heutigen Tage an nicht mehr befugt bin, den
Arztberuf auszuüben.

Ort und Datum

Unterschrift