



Dieses Formular muss
spätestens 4 Wochen vor ENDE
der Gruppenpraxis einlangen

An die
Ärztchammer für OÖ.
zH. Herrn Hechenberger
Fax 0732-783660-236
Dinghoferstraße 4
4010 Linz

Auflösung der Gruppenpraxis

- p Modell 2
- p Modell 3
- p Modell 4

Als Gesellschafter der(bitte Name der
Gesellschaft einfügen) erklären wir, dass wir die Gesellschaft zum
unwiderruflich auflösen. Die Weiterführung der vertragsärztlichen Tätigkeit in Form eines
Einzelvertrages wird durch Herrn/Frau Dr.erfolgen.

Wir werden eine Ausfertigung der Löschung der Gesellschaft im Firmenbuch ehestmöglich an
die Ärztekammer und die OÖGKK übermitteln.

Ort, Datum

.....
Name und Unterschrift beider Gesellschafter

Zulassung als Vertragseinzelfacharzt bei den sonstigen Kassen
(kleine Kassen)

Ich, kündige

hiermit die Verträge der kleinen Kassen zum.....

Achtung ! Wenn Sie gleichzeitig in den Ruhestand treten wollen, nehmen Sie bitte unbedingt zusätzlich zu diesem Antrag Kontakt mit der Wohlfahrtskasse wegen des Pensionsantrages (Frau Zettl – DW 228) auf.

Ort, Datum

.....
(Name und Unterschrift des bisherigen Vertragsinhabers)

Ich ersuche um Invertragnahme der kleinen Kassen ab

Name und Wohnungsanschrift: _____

Beginn Einzelpraxis (nach Beendigung der Gruppenpraxis):

Fachrichtung: £ **Arzt f. Allgemeinmedizin** £ **Facharzt f.** _____

Ordinationsort, u. -anschrift:

Ordinationszeiten: Mo: (von-bis) _____
Di: (von-bis) _____
Mi: (von-bis) _____
Do: (von-bis) _____
Fr: (von-bis) _____
Sa: (von-bis) _____

Kontonr. der Gruppenpraxis bei **(BLZ**):
(Name des Bankinstitutes) (Kontonummer)

Ort, Datum

.....
(Name und Unterschrift des Vertragswerbers)