



## Verzichtserklärung

zur Zulassung zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) im Kanton Schwyz

### 1. Angaben zur praxisübergabenden Person

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> w / <input type="checkbox"/> m
GLN (Global Location Number):	Zahlstellenregisternummer (ZSR-Nummer):

### 2. Angaben zur Praxis

Name Praxis / Betrieb:	
Geschäftsadresse:	PLZ/Ort:
Telefon:	E-Mail:
GLN (Global Location Number):	UID (Unternehmens-Identifikationsnummer):
Geplantes Datum zur Betriebsübergabe:	

### 3. Angaben zur praxisübernehmenden Person

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> w / <input type="checkbox"/> m
GLN (Global Location Number):	
<input type="checkbox"/> Die Praxisübernahme erfolgt entsprechend § 9 Abs. 1 der Höchstzahlenvollzugsverordnung (HöVV, SRSZ 572.211) im selben Fachgebiet und in derselben Gemeinde.	

**Hiermit erkläre ich, die unter Ziff. 1 angegebene Person, den Verzicht auf meine Zulassung zur Tätigkeit zulasten der OKP zugunsten der unter Ziff. 3 angegebene Person.**

Fakultativer Antrag:

Ich, die unter Ziff. 1 angegebene Person, bin einziger Leistungserbringer in der angegebenen Praxis und beantrage entsprechend § 9 Abs. 2 HöVV eine Frist von 3 Monaten zur Übergabe der Praxis.

Ja (hinreichende Begründung über die Notwendigkeit der Übergabefrist beilegen)

Ort und Datum

Name und Unterschrift  
der praxisübergabenden Person

.....

.....

**Das Amt für Gesundheit und Soziales behält sich vor, ergänzende Unterlagen anzufordern.**

**Weitere Informationen:**

[www.sz.ch/gesundheitsberufe](http://www.sz.ch/gesundheitsberufe)

**Kontaktpersonen im Amt für Gesundheit und Soziales:**

Team Bewilligungen, 041 819 16 67, [bewilligungen.ags@sz.ch](mailto:bewilligungen.ags@sz.ch)

**Adresse für die Einreichung Ihrer Meldung:**

Amt für Gesundheit und Soziales, Bewilligungen, Kollegiumstrasse 28, Postfach 2161, 6431 Schwyz

***Diese Meldung ist vollständig und auf dem Postweg einzureichen.***