Departement des Innern
Amt für Gesundheit und Soziales **Kantonsärztlicher Dienst**
Kollegiumstrasse 28
Postfach 2161
6431 Schwyz
Telefon 041 819 16 67

kantonschwyz

Verzichtserklärung

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

1. Angaben zur praxisübergebenden Person

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geschlecht: ☐ w / ☐ 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: ☐ w / ☐ m
GLN (Global Location Number):	
☐ 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 praxisübergebenden Person
……	……

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

Weitere Informationen:

www.sz.ch/gesundheitsberufe

Kontaktpersonen im Amt für Gesundheit und Soziales:

Team Bewilligungen, 041 819 16 67, 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.