

**Zulassungsverzicht  
Rechtsanwältin/Rechtsanwalt  
gemäß § 14 Abs. 2 Nr. 4 BRAO**

Rechtsanwaltskammer Berlin  
Littenstraße 9  
10179 Berlin

Erklärende/r (Name, Vorname, ggf. Geburtsname, Geb.-Datum)	Mitgliedsnummer RAK (Pflichtfeld)
Anschrift (Straße, Ort)	
Tagsüber erreichbar unter Tel.-Nr.:	

Ich erkläre:

Hiermit verzichte ich auf die Rechte aus meiner bisherigen Zulassung zur Rechtsanwaltschaft.

Mir ist bekannt, dass mit dem Widerruf der Zulassung (Löschungsdatum) auch der Zugang zu meinem besonderen elektronischen Anwaltspostfach (beA) erlischt und ich keinen weiteren Zugriff mehr auf die noch im beA befindlichen Nachrichten habe.

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
eigenhändige Unterschrift