

# Antrag auf Reduzierung der wöchentlichen Arbeitszeit eines angestellten Zahnarztes

Zulassungsausschuss für Zahnärzte  
- Nordbayern -  
Laufertorgraben 10  
90489 Nürnberg

Anträge nur im Original einreichen!

Bei Fragen rufen Sie uns gerne an:

Tel: 0911 / 58 88 83-14  
bzw. 0911 / 58 88 83-12  
Fax: 089 / 7 24 01-602

Für den vom Zulassungsausschuss für Zahnärzte - Nordbayern - mit Bescheid vom \_\_\_\_\_

genehmigten angestellten Zahnarzt:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

wird die Reduzierung der wöchentlichen Arbeitszeit ab dem \_\_\_\_\_ (rückwirkend nicht möglich)

bei Zahnarzt \_\_\_\_\_

beantragt.

Es wird eine neue wöchentliche Arbeitszeit von \_\_\_\_\_ Std. vereinbart.

- Dem Antrag liegt eine unterschriebene Ergänzungsvereinbarung zum bestehenden Arbeitsvertrag vom \_\_\_\_\_ bei.
- Die Gebühr gem. § 46 Abs. 1 lit. c (ZÄ-ZV) in Höhe von **120 Euro** wurde am \_\_\_\_\_ auf das Konto des Zulassungsausschusses für Zahnärzte - Nord-bayern - bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank eG Nürnberg | IBAN **DE85 3006 0601 0101 1261 72** | BIC DAAEDEDXXX überwiesen.

ABE-Praxisstempel:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift des Arbeitgebers