

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 -12
-14
-18

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.

E-Mail Adresse des Antragstellers: _____

evtl. Rückfragen im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgen per E-Mail.

Ort, Datum, Unterschrift des Arbeitgebers

ABE-Praxisstempel: