

# Antrag auf Reduzierung der wöchentlichen Arbeitszeit eines angestellten Zahnarztes in einem MVZ

Anträge nur im Original einreichen!

Zulassungsausschuss für Zahnärzte  
- Nordbayern -  
Laufertorgraben 10  
90489 Nürnberg

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 \_\_\_\_\_

im MVZ \_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Anschrift

beantragt.

Es wird eine neue wöchentliche Arbeitszeit von \_\_\_\_\_ Stunden. 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 Bankkonto des Zulassungsausschusses Nordbayern bei der - Deutschen Apotheker- und Ärztekbank 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 Vertretungsberechtigter

ABE-Praxisstempel:

Informationen gem. Art. 13 DS-GVO finden Sie in unserer [Datenschutzerklärung](#).