

# Antrag auf Erhöhung / Reduzierung der wöchentlichen Arbeitszeit der/des angestellten Zahnärztin/-arztes

Zulassungsausschuss für Zahnärzte  
- Südbayern -  
Fallstraße 34  
81369 München

Zuständigkeitsbereich A-K  
Tel.: 089 / 7 24 01-511

Zuständigkeitsbereich L-Z  
Tel.: 089 / 7 24 01-507

Für den vom Zulassungsausschuss für Zahnärzte - Südbayern -, mit Bescheid vom \_\_\_\_\_  
genehmigten angestellten Zahnarzt / angestellte Zahnärztin:

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

wird ab dem \_\_\_\_\_ die  Erhöhung (s. hierzu Hinweis)  
 Reduzierung

der Arbeitszeit beantragt.

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

- Dem Antrag liegt eine unterschriebene Ergänzungsvereinbarung zum bestehenden Arbeitsvertrag vom \_\_\_\_\_ bei.

## **Hinweis zur Erhöhung der Arbeitszeit:**

Die Gebühr gem. § 46 Abs. 1c (ZÄ-ZV) in Höhe von **120 Euro** wurde am \_\_\_\_\_  
auf das Bankkonto des Zulassungsausschusses Südbayern bei der Deutschen Apotheker- und Ärzte-  
bank München, **IBAN DE14 3006 0601 0601 1261 72 | BIC DAAEDEDXXX** überwiesen.

Nach erfolgter Genehmigung (mit Erhalt des Beschlusses) ist für die **Erhöhung der Beschäftigungs-  
zeit** eine erneute Verwaltungsgebühr in Höhe von **400 Euro** an den Zulassungsausschuss Südbayern  
(ZÄ-ZV § 46 Abs. 2c) zu entrichten.

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

ABE-Praxisstempel: