

# Antrag auf Erhöhung der wöchentlichen Arbeitszeit eines angestellten Zahnarztes

Zulassungsausschuss für Zahnärzte  
- Südbayern -  
Fallstraße 34  
81369 München

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an:

[zulassung-suedbayern@kzvb.de](mailto:zulassung-suedbayern@kzvb.de)

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

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

wird die Erhöhung der wöchentlichen Arbeitszeit ab dem \_\_\_\_\_

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

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 für Zahnärzte - Südbayern bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank München, **IBAN DE14 3006 0601 0601 1261 72** | **BIC DAAEDEDXXX**, überwiesen.

**E-Mail-Adresse des Antragsstellers:** \_\_\_\_\_  
**für evtl. Rückfragen im Zusammenhang mit dem Antrag. Diese erfolgen ausschließlich per E-Mail**

ABE-Praxisstempel:

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