Antrag auf Reduzierung 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

Für den vom Zulassungsausschuss für Zahnärzte - Südbayern - mit Bescheid vom _____ genehmigten angestellten Zahnarzt:

Name: _____ Vorname: _____

wird die Reduzierung 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** I **BIC DAAEDEDDXXX**, 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

Informationen gem. Art. 13 DS-GVO finden Sie in unserer Datenschutzerklärung.