

# Antrag auf Reduzierung der wöchentlichen Arbeitszeit eines angestellten Zahnarztes

Zulassungsausschuss für Zahnärzte  
- Südbayern -  
Fallstraße 34  
81369 München

Bei Fragen rufen Sie uns gerne an:

Tel.: 089 / 7 24 01-511  
-507  
-596  
-510

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** | **BIC DAAEDEDXXX**, überwiesen.

ABE-Praxisstempel:

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