

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

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 _____

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 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 Vertretungsberechtigter