

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

Anträge nur im Original einreichen!

Zulassungsausschuss für Zahnärzte
- Nordbayern -
Laufertorgraben 10
90489 Nürnberg

Bei Fragen rufen Sie uns gerne an:

Tel: 0911 / 58 88 83-14
bzw. 0911 / 58 88 83-12
Fax: 089 / 7 24 01-602

Für den vom Zulassungsausschuss für Zahnärzte - Nordbayern - 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 Nordbayern bei der - Deutschen Apotheker- und Ärztebank eG Nürnberg – | **IBAN DE85 3006 0601 0101 1261 72** | **BIC DAAEDEDXXX** überwiesen.

ABE-Praxisstempel:

Ort, Datum, Unterschrift Vertretungsberechtigter

Informationen gem. Art. 13 DS-GVO finden Sie in unserer [Datenschutzerklärung](#).