

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

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 \_\_\_\_\_

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