Geschäftsstelle Zulassungsausschuss bei der
Kassenzahnärztlichen Vereinigung Sachsen
Schützenhöhe 11
01099 Dresden

Geschäftsbereich Zulassung
Telefon 0351 8053-416
Telefax 0351 8053-417
zulassung@kzv-sachsen.de

Posteingang

Antrag auf Änderung der wöchentlichen Arbeitszeit des angestellten Zahnarztes

1. Antragsteller

Abrechnungsnummer: .....

Titel, Vorname, Name des Vertragszahnarztes oder Leiter des MVZ:

.....

Für den vom Zulassungsausschuss für Zahnärzte genehmigten angestellten Zahnarzt:

Titel, Vorname, Name: .....

beantrage ich ab dem ..... die Veränderung der Arbeitszeit auf ..... .
Datum Wochenstunden

☐ Erhöhung der wöchentlichen Stundenzahl (Antragsgebühr)

☐ Reduzierung der wöchentlichen Stundenzahl

☐ in Vollzeit (über 30 Stunden pro Woche) oder

☐ in Teilzeit (Anrechnungsfaktor bitte ankreuzen)

☐ 0,25 (bis 10 Stunden pro Woche)

☐ 0,50 (über 10 Stunden pro Woche)

☐ 0,75 (über 20 Stunden pro Woche)

☐ Kopie der unterschriebenen Ergänzungsvereinbarung zum bestehenden Arbeitsvertrag vom

.....
Datum

2. Antragsgebühr

Kommt es durch die Änderung der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit zu einer Erhöhung des Anrechnungsfaktors, so ist zuvor die Genehmigung des Zulassungsausschusses erforderlich, was eine Antragsgebühr nach § 46 Abs. 1 c Z-ZV in Höhe von 120,00 Euro auslöst.

Die Gebühr habe ich am ..... auf das Bankkonto der KZV Sachsen bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank überwiesen.

IBAN: DE28 3006 0601 0003 0929 84
BIC: DAAEDEDDXXX
Verwendungszweck: Änderung Arbeitszeit AZ

....
Ort / Datum Praxisstempel / Unterschrift

© KZV Sachsen