

# Antrag auf Erhöhung/Reduzierung der wöchentlichen Arbeitszeit einer/eines angestellten Zahnärztin/ -arztes

Zulassungsausschuss für Zahnärzte  
für den Zulassungsbezirk Land Brandenburg  
Helene-Lange-Straße 4-5  
14469 Potsdam

Abr.-Nr. \_\_\_\_\_

Für den/die vom Zulassungsausschuss für Zahnärzte genehmigte angestellte Zahnärztin/angestellten Zahnarzt:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

wird ab dem \_\_\_\_\_  die Erhöhung (gebührenpflichtig s. hierzu Hinweis)  
der Arbeitszeit beantragt.  Reduzierung (nicht gebührenpflichtig)

Es wird eine neue wöchentliche Arbeitszeit von \_\_\_\_\_ Stunden vereinbart.

- Dem Antrag liegt eine unterschriebene Ergänzungsvereinbarung zum bestehenden Arbeitsvertrag vom \_\_\_\_\_ (Datum) bei.
- Ergänzungsvereinbarung wird nachgereicht.

## **Hinweis zur Erhöhung der Arbeitszeit:**

Gemäß § 46 Abs. 1 Buchstabe c Zahnärzte-ZV wird für den Antrag auf Erhöhung eine Gebühr in Höhe von 120 € erhoben. (Reduzierung ist kostenfrei) Die Gebühr wird mit der Stellung des Antrages fällig. Bitte überweisen Sie die Gebühr an den Zulassungsausschuss bei der KZVLB auf folgendes Konto: Deutsche Apotheker- und Ärztebank e.G. IIBAN: DE50 3006 0601 0003 0726 06, BIC: DAAEDEDXXX mit dem Verwendungszweck: Anstellungsgenehmigung. Wird die Gebühr nicht innerhalb von 10 Tagen nach Antragstellung eingezahlt, gilt der Antrag als zurückgenommen. Ich versichere hiermit die Richtigkeit und Vollständigkeit der gemachten Angaben, was für die lückenlose Aufstellung über die zahnärztliche Tätigkeit gilt, und habe die Gebühr am \_\_\_\_\_ überwiesen.

KZV -Abrechnungstempel

Ort/Datum/

Name, Vorname in Druckbuchstaben

eigenhändige Unterschrift des  
Arbeitgebers