

**Antrag auf Veränderung der wöchentlichen Arbeitszeit
einer angestellten Zahnärztin/eines angestellten Zahnarztes**

**Zulassungsausschuss
für Zahnärzte in Berlin
Georg-Wilhelm-Str. 16
10711 Berlin**

**Fax: 030 89004-46353
E-Mail: zulassung@kzv-berlin.de**

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

_____ wird ab dem _____
Vor- und Nachname Datum

- die Erhöhung (gebührenpflichtig, siehe hierzu Hinweis)
- die Reduzierung (nicht gebührenpflichtig) der wöchentlichen Arbeitszeit beantragt.

Die neue wöchentliche Arbeitszeit beträgt _____ Stunden pro Woche.

- Dem Antrag ist die unterschriebene Ergänzungsvereinbarung vom _____ zum bestehenden Arbeitsvertrag beigelegt.

Hinweis zur Erhöhung der Arbeitszeit:

Gemäß § 46 Abs. 1 lit. c Zahnärzte-ZV wird für die Erhöhung der Arbeitszeit eine Gebühr in Höhe von 120,00 Euro erhoben. Die Gebühr wird mit der Stellung des Antrages fällig.

- Die Gebühr darf von meinem derzeitigen Honorarkonto bei der KZV Berlin abgebucht werden.
- Die Gebühr von 120,00 Euro wurde am _____ auf das Konto der KZV Berlin, Deutsche Apotheker- und Ärztebank, IBAN: DE12 3006 0601 0401 4120 35, BIC: DAAEDEDXXX überwiesen.

Datum und Unterschrift
Arbeitgeberin/Arbeitgeber

KZV - Abrechnungstempel
