

Antrag auf Reduzierung der wöchentlichen Arbeitszeit von Angestellten Zahnärzten

Absender/Praxisstempel:

Kassenzahnärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz
Zulassungsausschuss für Zahnärzte in Rheinland-Pfalz
Isaac-Fulda-Allee 2
55124 Mainz

Name der/des angestellten Zahnärztin/Zahnarztes

Reduzierung von _____ Wo.-Std. auf _____ Wo.-Std. zum _____

Ort, Datum

Unterschrift des Vertragszahnarztes/Arbeitgebers

Unterschrift der/des angestellten Zahnärztin/Zahnarztes

Hinweis:

Bitte dem Antrag einen aktuellen Arbeitsvertrag beilegen, bzw. eine Ergänzung zum bestehenden Arbeitsvertrag beilegen.