

Bekanntgabe eines Jobsharings

Name und Geburtsdatum des Vertragszahnarztes/Vertragskieferorthopäden:

.....

Ordinationsadresse des Vertragszahnarztes/Vertragskieferorthopäden:

.....

Name des Jobsharingpartners:

.....

Adresse (allfälliger Ordinationssitz) des Jobsharingpartners:

.....

Begründung für das Jobsharing:

.....

Kinderbetreuung

Name des Kindes.....

Geburtsdatum des Kindes.....

Wenn dieses Jobsharing in Teil-Zeiträumen in Anspruch genommen wird, Angabe der Zeiträume:

.....

Altersteilzeit

Ich kündige hiermit sämtliche Kassenverträge mit Wirksamkeit zum.....

Beginn des Jobsharings:.....

Ende des Jobsharings:.....

Ausmaß der persönlichen zahnärztlichen Tätigkeit des Vertragszahnarztes/Vertragskieferorthopäden

.....

Aufteilung der Ordinationszeit zwischen Vertragszahnarzt/Vertragskieferorthopäde und Jobsharingpartner:

	Vertragszahnarzt/ Vertragskieferorthopäde: von-bis	Jobsharingpartner: von-bis
MO		
DI		
MI		
DO		
FR		
SA		

Aktuelle Nebenbeschäftigungen des Vertragszahnarztes/Vertragskieferorthopäden:

.....

.....

Ort, Datum.....

Stempel u. Unterschrift des Vertragszahnarztes/Vertragskieferorthopäden:

.....

Der Jobsharingpartner erklärt mit seiner Unterschrift, dass es ihm bekannt ist, dass ihm aus der Jobsharingvereinbarung keinerlei Rechtsansprüche gegenüber dem Krankenversicherungsträger entstehen, weiters dass ihm insbesondere kein Rechtsanspruch auf Abschluss eines Kassen-Einzelvertrages erwächst.

Ort, Datum.....

Unterschrift des Jobsharingpartners:

.....