

Änderung Ordinationszeiten im Zuge meines Jobsharings

mit Herrn/Frau

Jobsharing wegen:

- Kinderbetreuung
- Altersteilzeit
- Bestehende Erkrankung
- Drohung oder Begünstigung einer Erkrankung
- Berufliche zahnmedizinische Fort- oder Weiterbildung
- Ausbildung eines Jobsharingpartners

Zutreffendes bitte ankreuzen

Mit **Wirksamkeit** ab:

(Ordinationszeitenänderungen können grundsätzlich nur zu **Quartalsbeginn** vorgenommen werden)

**Zeiten Vertragszahnarzt/ärztin
 (Seniorpartner/in)**

Zeiten Jobsharingpartner/In:

	von – bis	von – bis
MO		
DI		
MI		
DO		
FR		
SA		

Hinweis:

Der Vertragszahnarzt/ärztin ist weiterhin für die Dauer des Jobsharings zur persönlichen zahnärztlichen Tätigkeit von mind. 50 % der vereinbarten Ordinationszeit verpflichtet.

Mit Ausnahme des Jobsharings „Ausbildung eines Jobsharingpartners“ dürfen sich die Ordinationszeiten des Seniorpartners und des Jobsharingpartners nicht überschneiden.

.....

Datum

.....

Vertragsstempel und
 Unterschrift des/der Vertragszahnarztes/ärztin