

**BEKANNTGABE JOBSHARING**

**Persönliche Daten des Vertragszahnarztes/ Vertragskiefer-orthopäden:**

Titel und Familienname: .....

Vorname:.....

Geb.Datum:.....

Ordinationsanschrift: .....

.....

**Persönliche Daten des Jobsharing-Partners:**

Titel und Familienname: .....

Vorname:.....

Geb.Datum:.....

Anschrift (allfälliger Ordinationssitz): .....

.....

**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 hiemit sämtliche Kassenverträge mit Wirksamkeit zum.....

Beginn des Jobsharings:.....

Ende des Jobsharings:.....

Ausmaß der persönlichen zahnärztlichen Tätigkeit des Vertragszahnarztes/  
Vertragskieferorthopäden

.....

**Aufteilung der Ordinationszeiten zwischen Vertragszahnarzt/ Vertragskieferorthopäden und Jobsharing-Partner**

	<b>Vertragszahnarzt/Vertragskieferorthopäde von - bis</b>	<b>Jobsharing-Partner von - bis</b>
<b>MO</b>		
<b>DI</b>		
<b>MI</b>		
<b>DO</b>		
<b>FR</b>		
<b>SA</b>		

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: