

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/der Kinder

Geburtsdatum des Kindes/der Kinder.....

Voraussichtlicher Schuleintritt des jüngsten Kindes.....

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

.....

Altersteilzeit

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

(Hinweis: Der Kündigungstermin ist so zu wählen, dass er mit dem Ende des gewählten Jobsharing-Zeitraums zusammenfällt)

Ausbildung des Jobsharingpartners

Abschluss der Ausbildung des Jobsharingpartners:

.....

Eintragung des Jobsharingpartners in die Zahnärzteliste:

.....

Bestehende Erkrankung

Ärztliches Attest liegt bei

Drohung oder Begünstigung einer Erkrankung

Ärztliches Attest liegt bei

Berufliche zahnmedizinische Fort- oder Weiterbildung

Angabe der Fort- oder Weiterbildung:

.....

Beginn des Jobsharings:.....

Ende des Jobsharings:.....

Ausmaß der persönlichen zahnärztlichen Tätigkeit des Vertragszahnarztes/
Vertragskieferorthopäden

.....

Aufteilung der Ordinationszeiten zwischen Vertragszahnarzt/ Vertragskieferorthopäden und Jobsharing-Partner

(Hinweis: Mit Ausnahme des Jobsharings bei „Ausbildung des Jobsharingpartners“ dürfen sich die Ordinationszeiten und zahnärztlichen Tätigkeiten des Vertragszahnarztes und seines Jobsharing-Partners nicht decken)

	Vertragszahnarzt/Vertragskieferorthopäde von - bis	Jobsharing-Partner 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:

.....