

BEKANNTGABE JOBSHARING

Vertragszahnarzt/-ärztin bzw. Vertragskieferorthopäde/-orthopädin:

Titel und Familienname: _____

Vorname: _____

Geb.Datum: _____

Ordinationsanschrift: _____

Jobsharing-Partner / Jobsharing-Partnerin:

Titel und Familienname: _____

Vorname: _____

Geb.Datum: _____

Anschrift

(allfälliger Ordinationssitz): _____

Begründung für das Jobsharing:

Kinderbetreuung

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum des Kindes: _____

Das Jobsharing wird in mehreren getrennten Zeiträumen in Anspruch genommen.

Wenn ja, bitte Angabe der Zeiträume: _____

Vorgriff auf Lehrpraxis*

Abschlussdatum Zahnmedizinstudium Jobsharing-Partner:in (nicht länger als **zwei Jahre** zurückliegend): _____

ggf. Abschlussdatum Weiterbildung KFO Jobsharing-Partner:in (nicht länger als **zwei Jahre** zurückliegend): _____

* Überschneidung bei Aufteilung der Kassenordinationszeiten möglich.

Altersteilzeit

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

schwere Erkrankung / Berufskrankheit

umfangreiche zahnmedizinische Fort- oder Weiterbildung

sonstige Gründe:

Dauer des Jobsharings:

Beginn: _____

Voraussichtliches Ende: _____

Ausmaß der persönlichen zahnärztlichen Tätigkeit von Vertragszahnarzt/-ärztin bzw. Vertragskieferorthopäde/-orthopädin:

Aufteilung der Kassenordinationszeiten zwischen Vertragsinhaber:in und Jobsharing-Partner:in

	Vertragsinhaber:in von - bis	Jobsharing-Partner:in von - bis
MO		
DI		
MI		
DO		
FR		
SA		

Aktuelle Nebenbeschäftigungen von Vertragszahnarzt/-ärztin bzw.
Vertragskieferorthopäde/-orthopädin:

Datum: _____

Stempel und Unterschrift Vertragszahnarzt/-ärztin bzw. Vertragskieferorthopäde/-orthopädin

Der/die Jobsharing-Partner:in erwirbt für die Zeit des Jobsharings Reihungspunkte entsprechend der Wiener Planstellenvergabevereinbarung.

Der/die Jobsharing-Partner:in nimmt mit seiner/ihrer Unterschrift zur Kenntnis, dass ihm/ihr aus der Jobsharing-Vereinbarung keinerlei Rechtsansprüche gegenüber dem Krankenversicherungsträger entstehen, weiters dass ihm/ihr insbesondere kein Rechtsanspruch auf Abschluss eines Kasseneinzelvertrages erwächst.

Datum: _____

Unterschrift Jobsharing-Partner:in

Landeszahnärztekammer für Wien
1010 Wien, Kohlmarkt 11/6

Elisabeth Richter Tel. 05 05 11 - 1011
richter@wr.zahnaerztekammer.at