

An die
Landes Zahnärztekammer für Steiermark
Marburger Kai 51/2
8010 Graz
Fax: 050511 8080
E-Mail: office@stmk.zahnaerztekammer.at

zur Weiterleitung an die Steiermärkische Gebietskrankenkasse

Bekanntgabe des Jobsharings wegen Altersteilzeit

Persönliche Daten des Vertragsfacharztes für ZMK / Vertragszahnarztes

Titel: _____

Familien- und Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Ordinationsadresse: _____

aktuelle Nebenbeschäftigungen: _____

Telefon / Handynummer: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

Persönliche Daten des Jobsharingpartners

Facharzt für ZMK Zahnarzt

Titel: _____

Familien- und Vorname: _____

Soweit in diesem Formular personenbezogene Bezeichnungen angeführt sind, beziehen sich diese auf Frauen und Männer in gleicher Weise

Geburtsdatum: _____

Adresse (allfällige Ordinationsadresse): _____

Telefon / Handynummer: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

Ich bin in der Zahnärzteliste der Österreichischen Zahnärztekammer geführt als:
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Wohnsitzfacharzt für ZMK / Wohnsitzzahnarzt
- angestellter Facharzt für ZMK / angestellter Zahnarzt
- niedergelassener (Wahl)Facharzt für ZMK / niedergelassener (Wahl)Zahnarzt

Altersteilzeit

(maximal für die Dauer von 5 Jahren möglich; der früheste Beginn der Altersteilzeit ist maximal 5 Jahre vor dem Erreichen des jeweiligen Regelpensionsalters nach dem ASVG möglich)

Beginn des Jobsharings (Quartalsbeginn): _____

Ende des Jobsharings (Quartalsende): _____

Gemeldete Ordinationszeiten des Vertragsfacharztes für ZMK /Vertragszahnarztes:

MO: _____

DI: _____

MI: _____

DO: _____

FR: _____

SA: _____

Der Vertragsfacharzt für ZMK/Vertragszahnarzt verpflichtet sich gemäß § 3 (2) der Jobsharing - Vereinbarung mindestens 50% der vereinbarten Ordinationszeiten persönlich zu erbringen.

Aufteilung der Ordinationszeiten zwischen Vertragsfacharzt für ZMK /
Vertragszahnarzt und Jobsharingpartner:

Vertragsfacharzt für ZMK/Vertragszahnarzt

Jobsharingpartner

MO: _____
DI: _____
MI: _____
DO: _____
FR: _____
SA: _____

MO: _____
DI: _____
MI: _____
DO: _____
FR: _____
SA: _____

Mit meiner Unterschrift erkläre ich ausdrücklich, dass ich die Bestimmungen der „Gesamtvertraglichen Vereinbarung über das Jobsharing im zahnärztlichen Bereich“ zur Kenntnis nehme, die von mir gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen und ich die Einzelverträge mit den Sozialversicherungsträgern spätestens per

_____ **zurücklege.**

Ort, Datum

Unterschrift des Vertragsfacharztes für
ZMK/Vertragszahnarztes

Der Jobsharingpartner erklärt mit seiner Unterschrift, dass es ihm bekannt ist, dass ihm aus der Jobsharingvereinbarung keinerlei Rechtsansprüche (z.B. Honoraransprüche aus der vertragszahnärztlichen Tätigkeit) gegenüber dem Krankenversicherungsträger entstehen und ihm aus dieser Vereinbarung kein Rechtsanspruch auf Abschluss eines §-2-Kassen-Einzelvertrages erwächst.

Weiters nimmt der Jobsharingpartner mit seiner Unterschrift zur Kenntnis, dass er für die Dauer des Jobsharings nicht als Wahlzahnarzt in der Ordinationsstätte des Vertragszahnarztes tätig sein darf bzw. keine eigene Vertragszahnarztordination führen darf.

Ort, Datum

Unterschrift des Jobsharingpartners