

Zurück an:

Hessische Zahnärzte-Versorgung
Rhonestraße 4
60528 Frankfurt

**Mutterschutzfrist / Elternzeit
niedergelassene Zahnärztinnen / Zahnärzte**

Name
Mitgliedsnummer
Straße
Postleitzahl, Ort
Telefon / E-Mail

Zutreffendes bitte auswählen

Ich beantrage die Beitragsbefreiung für die gesetzliche Mutterschutzfrist. Diese endet/e am	Datum
Ich werde Elternzeit in Anspruch nehmen bis zum	Datum
Ich beantrage die Beitragsbefreiung für die Elternzeit, Ruhen der Zulassung ist beantragt (Nachweis)	von Datum
	bis Datum
Ich beantrage die Beitragsbefreiung für die Elternzeit, eine Praxisvertretung ist bestellt (Nachweis)	von Datum
	bis Datum
Ich beantrage die Beitragsbefreiung für die Elternzeit. Die Vertretung erfolgt durch meiner/meinem Praxispartner/in	von Datum
	bis Datum
Ich übe während der Elternzeit nur geringfügige zahnärztliche Tätigkeit aus und beantrage die Ermäßigung der Beiträge	Euro (mindestens halber Mindestbeitrag)
Eine Kopie der Geburtsurkunde ist beigelegt.	
Kopie der Geburtsurkunde wurde bereits übersandt.	

Ort	Datum	Mitgliedsnummer	Unterschrift Antragsteller/in
-----	-------	-----------------	-------------------------------