

Änderungsvertrag zum Berufsausbildungsvertrag vom ____ . ____ . 20 ____

Ausbildung in Teilzeit

Der Ausbildende / Die Ausbildungsstätte <hr/> Akad. Grad Vorname Name <hr/> Akad. Grad Vorname Name	und die/der Auszubildende <hr/> Vorname Name Geburtsname <hr/> sind sich einig, dass der zwischen ihnen geschlossene Ausbil- dungsvertrag wie folgt geändert bzw. ergänzt wird (ände- rungsbedürftige Punkte bitte ankreuzen und ausfüllen bzw. ergän- zen) und dass entgegenstehende Vereinbarungen des bisherigen Vertrages damit aufgehoben werden:		
1. Die Ausbildung wird ab ____ . ____ . 20 ____ in Teilzeit durchgeführt. Die Ausbildungszeit verlängert sich entsprechend der Reduzierung der täglichen bzw. wöchentlichen Ausbildungszeit.			
2. Regelmäßige tägliche Ausbildungszeit: ____ Stunden			
3. Ende der Ausbildung unter Berücksichtigung der Teilzeit: ____ . ____ . 20 ____			
4. Urlaub im Kalenderjahr in Arbeitstagen	____ Tage im Jahr 20 ____ ____ Tage im Jahr 20 ____	____ Tage im Jahr 20 ____ ____ Tage im Jahr 20 ____	____ Tage im Jahr 20 ____
5. Ausbildungsvergütung brutto monatlich, jährlich ansteigend, die Vergütung kann entsprechend der verkürzten wöchentlichen Ausbildungszeit verringert werden	____ € im 1. Ausbildungsjahr	____ € im 2. Ausbildungsjahr	____ € ab dem 3. Ausbildungsjahr
6. Die Berufsschule wird über die Ausbildung in Teilzeit und die entsprechende Verlängerung der Ausbildungszeit informiert . Die Lehrgangstage der Überbetrieblichen Ausbildung der Ärztekammer Berlin werden ganztägig absolviert.			
Der Vertrag ist von sämtlichen im Eingang bezeichneten Ausbil- denden zu unterzeichnen. Die Unterschrift einzelner Personen reicht aus, wenn diese befugt sind, den/die (übrigen) Ausbil- den- de/n alleine oder mit anderen gemeinsam rechtsverbindlich zu vertreten, oder wenn diese bevollmächtigt sind, diesen Vertrag zu unterzeichnen.		Der Vertrag ist von der/dem Auszubildenden und im Falle der Minderjährigkeit von der/dem/den gesetzliche/n Vertreter/n zu unterschreiben. Die Unterzeichnung durch ein Elternteil reicht aus, soweit es die elterliche Sorge allein ausübt oder ihm die Entsch- eidung gerichtlich übertragen ist.	
Ort, Datum		Ort, Datum	
Vorname Name Vertragspartner/Vertretungsberechtigter (in Druckbuchstaben, Unterschrift)		Unterschrift des/der Auszubildenden	
Vorname Name Vertragspartner/Vertretungsberechtigter (in Druckbuchstaben, Unterschrift)		Vorname Name Vertretungsberechtigter (Mutter/Vater/Vormund in Druckbuchstaben, Unterschrift)	
Vorname Name Vertragspartner/Vertretungsberechtigter (in Druckbuchstaben, Unterschrift)		Vorname Name Vertretungsberechtigter (Mutter/Vater/Vormund in Druckbuchstaben, Unterschrift)	

Der Vertrag ist in das Verzeichnis der Berufsausbildungsverhältnisse eingetragen.

Reg.-Nr.: _____

ZP Frühjahr 20 ____ / Herbst 20 ____

AP Sommer 20 ____ / Winter 20 ____ / ____

Datum, Unterschrift Ärztekammer Berlin

