

# Ausdehnung der bestehenden Kurzarbeitsvereinbarung auf September 2020

**Achtung: Beim AMS ist ein Änderungsbegehren und  
kein Verlängerungsantrag zu stellen!**

Betreffend die Sozialpartnervereinbarung / Einzelvereinbarung über die Einführung von Kurzarbeit und die Leistung einer Kurzarbeitsunterstützung (Corona-Kurzarbeit, Formularversion 3.0)

der Ordination/Gruppenpraxis: .....

in .....

*(Ausfüllhilfe: hier sind Name und Anschrift der Ordination/Gruppenpraxis einzutragen)*

begonnen am (TT / MM / JJJJ) .....

*(Ausfüllhilfe: hier ist der erste Tag der zu verlängernden Kurzarbeitsphase einzutragen. Diesen finden Sie in Punkt I.3. jener Sozialpartnervereinbarung, welche Sie verlängern möchten und kann höchstens 3 Monate zurückliegen.)*

mit der aktuellen AMS-Projektnummer .....

*(Ausfüllhilfe: Die aktuelle Projektnummer finden Sie auf der Mitteilung der zu verlängernden Kurzarbeit in Ihrem eAMS-Konto.)*

vereinbaren die Vertragsparteien hiermit, dass der zeitliche Geltungsbereich gem Punkt I.3. der oben genannten Sozialpartnervereinbarung / Betriebsvereinbarung

**bis zum 30.09.2020 verlängert wird.**

Alle anderen Bestimmungen der Sozialpartnervereinbarung / Einzelvereinbarung bleiben unverändert aufrecht.

*(Es wird empfohlen, eine Kopie des ursprünglichen Kurzarbeitsdienstzettels zu übergeben.)*

Im Sinne des VI.8. der Sozialpartnervereinbarung / Einzelvereinbarung ist allen betroffenen Arbeitnehmer\*innen binnen zwei Wochen ab Unterzeichnung dieser Verlängerungsvereinbarung **eine Kopie dieser Vereinbarung auszuhändigen.**

Hinsichtlich der erforderlichen wirtschaftlichen Begründung wird bestätigt, dass sich die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen (Auslastung) in der Ordination/Gruppenpraxis noch nicht hinreichend verbessert haben, sodass auch für September 2020 Kurzarbeit erforderlich ist.

## **Ordination/Gruppenpraxis**

Der/die Ordinationsinhaber/in bzw. die Gesellschafter der  
Gruppenpraxis:

---

---

(Datum)

## **Bei Arbeitskräfteüberlassung:**

### **Beschäftigter**

Der/die Ordinationsinhaber/in bzw. die Gesellschafter der  
Gruppenpraxis:

---

---

(Datum)

**WICHTIG: Die Zustimmung der Sozialpartner holt das AMS ein!**

**Österreichischer Gewerkschaftsbund Gewerkschaft der Privatangestellten,  
Druck, Journalismus, Papier**

Die Vorsitzende:

Der Bundesgeschäftsführer:

---

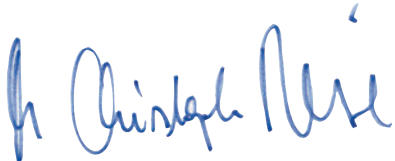
---

---

(Datum)

# Ärztammer für Niederösterreich

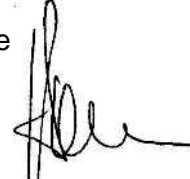
Der Präsident/die Präsidentin:



Dr. Christoph Reisner, MSc



Die Kurienobfrau/  
Der Kurie



MR Dr. Dietmar Baumgartner

\_\_\_\_\_  
(Datum)

## ArbeitnehmerInnen

Zahl der unterzeichnenden ArbeitnehmerInnen: .....

*(Ausfüllhilfe: Hier ist die Zahl der ArbeitnehmerInnen einzutragen, welche die Vereinbarung abschließen.  
Jeder/Jede Einzelne muss sich zusätzlich in die nachfolgende Liste eintragen und unterschreiben.*

| Name  | Sozialversicherungsnummer, Geburtsdatum | Unterschrift |
|-------|---|--------------|
| ..... | .....                                   | .....        |