

An die Verwaltung
des Klinikums der Universität/ des Deutschen Herzzentrums München
Referat

.....
(Straße, Hausnummer)

.....
(PLZ, Ort)

**Einwilligung gemäß § 2 Satz 1 TV-Ärzte – Bereitschaftsdienst Bayern
in Verbindung mit § 7 Abs. 2a und 7 ArbZG**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit willige ich,

.....
Name, Vorname

geb. am:

ein, dass meine durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit bei Bedarf aus dienstlichen Gründen auf bis zu 66 Stunden verlängert werden kann.

Diese Einwilligungserklärung kann ich unter Einhaltung einer Frist von sechs Monaten gegenüber meiner Personal verwaltenden Dienststelle schriftlich widerrufen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift