

Erhebungsbogen

Bitte zurück an die Ärzteversorgung Niedersachsen

1. Vorname: _____ Nachname: _____

Titel: _____ Geburtsname: _____

Straße/Hausnummer: _____

Postleitzahl/Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Geschlecht: weiblich männlich

Familienstand: ledig verheiratet/verpartnert verwitwet geschieden

2. Ich bin Mitglied der Ärztekammer Niedersachsen

seit _____ Datum der Approbation: _____

3. Ich habe Mitgliedszeiten bei folgenden berufsständischen Versorgungswerken:

Versorgungswerk	Mitgliedszeitraum
_____	vom _____ bis _____
_____	vom _____ bis _____
_____	vom _____ bis _____
_____	vom _____ bis _____

Ich beantrage die Beitragsüberleitung zur Ärzteversorgung Niedersachsen

Versorgungswerk: _____

Dortige Mitgliedsnummer: _____

Hinweis: Eine Beitragsüberleitung ist nur möglich, sofern in der abgebenden Versorgungseinrichtung für nicht mehr als 96 Monate Beiträge entrichtet wurden und das 50. Lebensjahr zum Zeitpunkt der Aufnahme der Tätigkeit im neuen Kammerbereich noch nicht vollendet ist.

4. Ich bin in Niedersachsen ab _____

angestellte/r Ärztin/Arzt

Arbeitgeber: _____

Anschrift des Arbeitgebers: _____

Betriebsnummer des Arbeitgebers: _____

Ich beantrage die Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung (bitte Antrag beifügen).

niedergelassene/r Ärztin/Arzt

Praxisanschrift: _____

Praxisvertreter/in, Honorarärztin/Honorararzt, Gutachter/in, sonstig ärztlich tätig

Art der Tätigkeit: _____

Tätigkeitsort: _____

Beamtin/Beamter

Sanitätsoffizier/in

Dienstherr: _____

(bitte Ernennungsurkunde beifügen)

Ich bin von der Mitgliedschaft ausgenommen.

ohne ärztliche Tätigkeit

Gastarzt/Stipendiat (bitte Nachweis beifügen)

Ich bin von der Mitgliedschaft ausgenommen.

5. Ich beziehe bereits eine Vollrente wegen Alters.

Ja (bitte Rentenbescheid beifügen)

Nein

6. Erklärung

Ich bin bei Beginn der Mitgliedschaft in der Ärzteversorgung Niedersachsen nicht berufsunfähig und beziehe keine Leistungen wegen Berufsunfähigkeit.

(Sollte diese Erklärung unzutreffend sein, bitten wir um nähere Angaben.)

Datum

Unterschrift

Informationen zum Datenschutz finden Sie unter www.aevn.de