

MELDEBOGEN

für das Versorgungswerk der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern

1. Persönliche Angaben

Name: _____

Vorname: _____

Geschlecht: w / m / d

Geburtsname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Steueridentifikationsnummer: _____

Approbationsdatum: _____

Promotionsdatum: _____

Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung der Zahnheilkunde gemäß § 13 ZHG: _____

Mitglied der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern ab dem : _____

Privatanschrift: _____

Telefon/Handy: _____

E-Mail: _____

Liegt eine Schwerbehinderung vor: Nein Ja GdB in % _____

Familienstand: ledig verheiratet/verpartnert geschieden verwitwet

1.1 Angaben zum versorgungsberechtigten Ehegatten/Lebenspartner (nach LPartG)

Name: _____

Vorname: _____

Geschlecht: w / m / d

Geburtsname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Datum der Eheschließung: _____

1.2 Angaben zu versorgungsberechtigten Kindern

Name: _____ Geschlecht: w / m / d

Vorname _____ Geburtsdatum: _____

Name: _____ Geschlecht: w / m / d

Vorname _____ Geburtsdatum: _____

Name: _____ Geschlecht: w / m / d

Vorname _____ Geburtsdatum: _____

2. Angaben zur beruflichen Situation

Berufsausübung: Nein Ja ab/seit _____

Bezug von Entgeltersatzleistungen: Nein Ja ab/seit _____
(Arbeitslosengeld, Krankengeld – bitte Bescheid in Kopie beifügen)

Beziehen Sie Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- oder Erwerbsminderungsrente oder wurde sie beantragt? Nein Ja

Gemäß § 9 Abs. 2 der Berufsordnung ist die Ausübung des zahnärztlichen Berufes in weiteren Praxen oder an anderen Orten als dem Praxissitz zulässig. Um die Voraussetzung für Ihre Mitgliedschaft im Versorgungswerk zu prüfen, bitten wir nachfolgende Angaben über Ihre Tätigkeit(en) zu machen.

... Bitte beachten Sie die Seite 2 des Meldebogens

I. Arbeitgeber-/Praxisanschrift:

Telefon: _____

Niederlassung: Ja
Nein Angestellt: Ja
Nein

Umfang der Tätigkeit in Std/Wo: _____

II. Arbeitgeber-/Praxisanschrift:

Telefon: _____

Niederlassung: Ja
Nein Angestellt: Ja
Nein

Umfang der Tätigkeit in Std/Wo: _____

2.1 Angaben zu den Einkünften aus unselbstständiger Tätigkeit (Arbeitnehmer)

Meine Einkünfte unterschreiten die Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung in Höhe von monatlich € 7.100,00 brutto.

Sie betragen monatlich

I. _____ € brutto II. _____ € brutto

Mir ist bekannt, dass die Versorgungsbeiträge von meinem Arbeitgeber und mir jeweils hälftig getragen werden.

Die Zahlung der Versorgungs-beiträge erfolgt durch I. meinen Arbeitgeber / mich *

II. meinen Arbeitgeber / mich *

2.2 Angaben zu den Einkünften aus selbstständiger Tätigkeit

Meine Einkünfte liegen

unter € 7.100,00 monatlich und ich beantrage hiermit die vorläufige Reduzierung des Beitrages (Teilerlass) - § 12 (4) des Versorgungsstatuts Bitte setzen Sie den monatlichen Beitrag vorläufig auf

€ _____ fest.

3. Angaben zu entrichteten Beiträgen in andere Versorgungssysteme

Haben Sie Beiträge zu einem anderen Versorgungswerk oder anderen Versorgungsträgern (auch in einem anderen Staat) gezahlt? Nein Ja

Wenn ja, Staat/Bundesland: _____

Versicherungs-/Mitgliedsnummer:

Dauer der Versicherung/Mitgliedschaft:

Anzugeben sind auch Zeiten in einem Sondersystem für Beamte oder ihnen gleichgestellte Personen in der EU (Belgien, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien und Nordirland, Irland, Island, Italien, Lettland, Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Schweden, Schweiz, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn und Zypern).

Ich versichere, die Angaben an Eides statt gemacht zu haben.

Evtl. Änderungen werde ich dem Versorgungswerk unverzüglich mitteilen.

Ort, Datum

Unterschrift