

Mitgliedsnummer _____

Erhebungsbogen

Bitte zurück an die Ärzteversorgung Sachsen-Anhalt
Gutenberghof 7, 30159 Hannover

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. Datum der Approbation: _____

Mitglied der Ärztekammer Sachsen-Anhalt seit: _____

Wann haben Sie Ihre ärztliche Tätigkeit, auch
Auslandstätigkeit, erstmalig aufgenommen: _____

3. Ich bin in Sachsen-Anhalt 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: _____

- Beamten/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.

4. Ich war Mitglied einer anderen Ärzteversorgung.

- Ja, zuletzt Mitglied der Ärzteversorgung: _____ Nein

vom _____ bis _____ dortige Mitgliedsnummer: _____

- Ich beantrage die Beitragsüberleitung zur Ärzteversorgung Sachsen-Anhalt.

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.

5. Ich beziehe bereits eine Vollrente wegen Alters.

- Ja (bitte Rentenbescheid beifügen) Nein

6. Ich wurde nach Vollendung des 45. Lebensjahres von der Pflichtmitgliedschaft einer anderen Ärzteversorgung ausgenommen.

- Ja (bitte Ausnahmebescheid beifügen) Nein

Ich bin bei Beginn der Mitgliedschaft in der Ärzteversorgung Sachsen-Anhalt nicht berufsunfähig.

Datum

Unterschrift

Informationen zum Datenschutz finden Sie unter www.aeys.de