

An das

Versorgungswerk
der Landes Zahnärztekammer Thüringen
Barbarosahof 16
99092 Erfurt

Mitglieds-Nr.:
Geburtsdatum:

Antrag auf Befreiung von der Beitragszahlung

Angaben werden erbeten für die Zeit ab dem: _____

- bin ich arbeitslos ohne Arbeitslosengeldbezug
(bitte Ablehnungsbescheid der Agentur für Arbeit beifügen)
- bin ich arbeitsunfähig erkrankt, evtl. Lohnfortzahlung endet(e) am _____
(bitte Kopie der Krankschreibung bzw. ärztliche Bestätigung für die private Krankenkasse beifügen)
- befinde ich mich im Mutterschutz, voraussichtlich bis zum _____
(bitte Kopie der Bestätigung des voraussichtlichen Entbindungstermins beifügen)
- befinde ich mich in Elternzeit, voraussichtlich bis zum _____
(bitte Kopie der Geburtsurkunde des Kindes beifügen bzw. nachreichen)
- übe ich keine zahnärztliche Berufstätigkeit aus.
- Sonstiges: _____

Ich beantrage hiermit die Befreiung von der Beitragszahlung für den o. a. Sachverhalt.

Hinweise an die Verwaltung des Versorgungswerkes der Landes Zahnärztekammer Thüringen:

Mir ist bekannt, dass dem Versorgungswerk der Landes Zahnärztekammer Thüringen jede Veränderung meines beruflichen Status, insbesondere die Tätigkeitsaufnahme umgehend anzuzeigen ist.

Ort, Datum

Unterschrift