

An das

Versorgungswerk
 der Landes-zahnärztekammer Thüringen
 Barbarosahof 16
 99092 Erfurt

Erklärung über Mitgliedsstatus

Mitgliedsnummer:	
Geburtsdatum:	

Angaben werden erbeten für die Zeit ab dem: _____

- bin ich arbeitslos mit Arbeitslosengeldbezug, Meldung erfolgte bei der Agentur für Arbeit in _____ (bitte Kopie des Arbeitslosengeldbescheides beifügen)
- bin ich arbeitslos ohne Arbeitslosengeldbezug (bitte Ablehnungsbescheid der Agentur für Arbeit beilegen)
- bin ich arbeitsunfähig erkrankt, evtl. Lohnfortzahlung endet(e) am _____ (bitte Kopie der Krankschreibung bzw. ärztliche Bestätigung für die private Krankenkasse beifügen)
- bin ich zahnärztlich tätig im Angestelltenverhältnis
 bei: _____
- 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: _____

-
- Sofern möglich, beantrage ich 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