

An das

Versorgungswerk  
der Landes Zahnärztekammer Thüringen  
Barbarosahof 16  
99092 Erfurt

Mitglieds-Nr.: \_\_\_\_\_

## **Antrag auf hinausgeschobenes Altersruhegeld**

nach § 29 Abs. 6 der Satzung des Versorgungswerkes der Landes Zahnärztekammer Thüringen in der Fassung vom 01.01.2020

- Ich stelle Antrag auf Zahlung des hinausgeschobenen Altersruhegeldes gemäß § 29 Abs. 6 der Satzung des Versorgungswerkes der Landes Zahnärztekammer Thüringen **erstmal bis zum** \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_

### **Bitte auswählen!**

- Hiermit beantrage ich die **Freistellung von der Beitragszahlung** ab Vollendung des 67. Lebensjahres
- Ich möchte nach Vollendung des 67. Lebensjahres weiterhin einen Beitrag in Höhe von \_\_\_\_\_ EUR jährlich an das Versorgungswerk der Landes Zahnärztekammer Thüringen zahlen

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Antragstellers)