

Zurück an

Landeszahnärztekammer Thüringen
Versorgungswerk
Barbarosahof 16
99092 Erfurt

Personalien

Zahnarzt/-ärztin

Arzt/Ärztin

Name, Vorname

ggf. Geburtsname

Straße

PLZ und Wohnort

Geburtsdatum

Geburtsort

Staatsangehörigkeit

Akademischer Titel

Telefonisch erreichbar

E-Mail-Adresse

Geschlecht: männlich

weiblich

divers

Familienstand: ledig

verwitwet

eingetragene Lebenspartnerschaft

verheiratet

geschieden

Personalien der Familienangehörigen

Name (ggf. Geburtsname), Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Ehepartner:

Kinder:

Derzeitige Berufstätigkeit in Thüringen

arbeitslos mit Arbeitslosengeldbezug seit / ab: _____

ohne zahnärztliche Tätigkeit seit / ab: _____

im Angestelltenverhältnis tätig seit / ab: _____

als _____
genaue Bezeichnung der Tätigkeit laut Arbeitsvertrag

Arbeitgeber: _____
Name, Anschrift

niedergelassen seit / ab: _____

Praxisadresse: _____
Straße, PLZ und Ort

sonstige Tätigkeit (Beamter / Berufssoldat / Soldat auf Zeit etc.)

genaue Bezeichnung: _____

Name, Vorname

Straße

PLZ und Wohnort

Mitgliedschaft in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung

Sind / waren Sie bereits Mitglied einer anderen berufsständischen Versorgungseinrichtung?

NEIN

JA, seit _____

bei _____
Name des Versorgungswerks

Mitgliedsnummer des Versorgungswerkes

Ich beantrage die Beitragsüberleitung an das Versorgungswerk der Landes Zahnärztekammer Thüringen

Hinweis: Eine Überleitung ist grundsätzlich nur möglich, wenn für nicht mehr als 96 Monate Beiträge an das bisher zuständige Versorgungswerk entrichtet wurden und bei Beginn der Mitgliedschaft im Versorgungswerk der Landes Zahnärztekammer Thüringen das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet ist.

Es besteht ein anhängiges Versorgungsausgleichsverfahren JA NEIN

Falls JA, Name und Anschrift des Familiengerichts sowie das Aktenzeichen:

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben und versichere gleichzeitig, dass ich bei der bisherigen Versorgungseinrichtung keinen Antrag auf Berufsunfähigkeitsrente gestellt habe und zum Zeitpunkt der jetzigen Tätigkeitsaufnahme im Kammerbereich Thüringen nicht berufsunfähig war.

Ort, Datum

Unterschrift