

Versorgungswerk der Landestierärztekammer Mecklenburg-Vorpommern

ERHEBUNGSBOGEN

Bitte umgehend zurücksenden !

Hinweis: Die in diesem Erhebungsbogen geforderten Daten werden aufgrund von Rechtsvorschriften erhoben (§ 1 Abs. 5 der Satzung des Versorgungswerkes, über § 3 Abs. 2 iVm. § 6 Abs. 3 Nr. 11 des Gesetzes über die Berufsvertretung und die Berufsausübung der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker - Kammergesetz vom 13.07.1990). Die Erhebung ist zur rechtmäßigen Erfüllung der mit Ihrer Mitgliedschaft in Zusammenhang stehenden Aufgaben erforderlich (§ 8 des Landesdatenschutzgesetzes Mecklenburg-Vorpommern).

Angaben zur Person

Name:	_____	Geburtsname:	_____
Vorname:	_____	Titel:	_____
Staatsangehörigkeit:	_____	Geburtsdatum:	____ ____ ____ ____ ____ ____
Anschrift:	_____	Tag der Approbation:	____ ____ ____ ____ ____ ____
Telefon:	_____	Familienstand:	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet
ggf. Name und Geburtsdatum des Ehegatten: _____			
ggf. Name und Geburtsdatum der Kinder unter 27 Jahren: _____ _____			

Angaben zur Berufstätigkeit

Sind Sie	<input type="checkbox"/> selbständiger Tierarzt	<input type="checkbox"/> angestellter Tierarzt	<input type="checkbox"/> Beamter auf Lebenszeit
	<input type="checkbox"/> Beamter auf Widerruf	<input type="checkbox"/> Vertreter	
	<input type="checkbox"/> sonstiges, und zwar: _____		
Arbeitsort:	<input type="checkbox"/> alte Bundesländer einschl. Westberlin	beschäftigt seit:	_____
	<input type="checkbox"/> neue Bundesländer einschl. Ostberlin		
ggf. Arbeitgeber und dessen Anschrift: (auch bei Selbständigkeit) _____ _____			

Angaben zur Mitgliedschaft

Beantragen Sie	die Befreiung von der Mitgliedschaft im Versorgungswerk ? (siehe Merkblatt unter Ziffer 1.2 und 1.3)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Wenn ja, warum (ggf. Nachweis beifügen): _____		
	die Mitgliedschaft im Versorgungswerk zum 1/10-Beitrag, weil Sie in der DRV Bund pflichtversichert bleiben wollen ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind Sie	bereits Mitglied eines anderen Versorgungswerkes ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Falls ja, in welchem ? (aktuelle Bescheinigung des betreffenden Versorgungswerkes beifügen) _____		
	von der Pflichtmitgliedschaft ausgenommen, weil Sie als Beamter tätig sind bzw. Ihnen eine Versorgung nach beamtenrechtlichen Grundsätzen zugesagt ist (Ernennungsurkunde beifügen) ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	berufsunfähig im Sinne der Satzung des Versorgungswerkes ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Angaben zu früheren Mitgliedschaften

Falls Sie vor Aufnahme der Berufstätigkeit in Mecklenburg-Vorpommern oder Berlin bzw. Brandenburg schon Mitglied einer anderen Versorgungseinrichtung oder gesetzlichen Rentenversicherungsträgers im Inland oder europäischen Ausland (EU/EFTA/EWR) waren, bitten wir Sie, hier den Zeitraum der Mitgliedschaft, das entsprechende Land sowie den Namen der Versorgungseinrichtung anzugeben

von	bis	Land oder Bundesland	Versorgungseinrichtung / Rententräger
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Mein Bruttoentgelt wird monatlich ca. _____ Euro betragen.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, daß die vorstehenden Angaben richtig und vollständig sind. Weiter erkläre ich ausdrücklich, daß ich das Merkblatt gelesen und zur Kenntnis genommen habe, daß ich nicht wirksam Mitglied des Versorgungswerkes werden kann, wenn ich **berufsunfähig** bin.

Ort, Datum

Unterschrift