



Anmeldung zum Versorgungswerk

1. Persönliche Daten		
Name	Vorname	Titel
Geburtsname	Geburtsort	Geburtsdatum
Staatsangehörigkeit	Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	
Familienstand		
<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft		
Geburtsdatum Ehe-/Lebenspartner		
Hauptwohnsitz		
Straße		
Postleitzahl	Ort	
Telefon	Mobil	E-Mail

2. Mitgliedschaft Ärztekammer des Saarlandes
<p>Eine Mitgliedschaft bei der Saarländischen Ärzteversorgung kann satzungsgemäß nur begründet werden, wenn auch eine Pflichtmitgliedschaft bei der Ärztekammer des Saarlandes besteht. Der dortige Anmelde-termin kann von dem tatsächlichen Mitgliedschaftsbeginn abweichen. In Zweifelsfällen erfragen Sie bitte das genaue Datum bei der Ärztekammer des Saarlandes.</p> <p>In Kenntnis dessen erkläre ich ausdrücklich, dass ich seit dem <input type="text"/> Pflichtmitglied der Ärztekammer des Saarlandes bin.</p>

3. Ärztliche/zahnärztliche Tätigkeit	
Berufsgruppe <input type="checkbox"/> ärztliche Tätigkeit <input type="checkbox"/> zahnärztliche Tätigkeit	
a) Im Angestelltenverhältnis	Elektronische Befreiung beantragt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Beschäftigungsbeginn lt. Arbeitsvertrag (bitte genaues Datum angeben)	Tätigkeitsbezeichnung lt. Arbeitsvertrag
Arbeitsstätte/Arbeitgeber	
Anschrift des Arbeitgebers	
Postleitzahl	Ort
<input type="checkbox"/> Bei der angestellten Tätigkeit handelt es sich um eine nach § 8 SGB IV geringfügig entlohnte bzw. kurzfristige Beschäftigung (bitte entsprechenden Nachweis des Arbeitgebers beifügen)	

b)	<input type="checkbox"/> Niedergelassen <input type="checkbox"/> Privatpraxis Tätigkeitsbeginn _____ als _____
Praxisanschrift _____	
Postleitzahl _____	Ort _____

c)	Im Beamtenverhältnis auf Widerruf – auf Probe – auf Lebenszeit, Sanitätsoffizier/in (bitte Urkunde beifügen) ab _____ Dienstbezeichnung _____
Dienststellung _____	
Dienststelle _____	

d)	Sonstige berufliche Tätigkeit (Praxisvertreter, Gutachter u.ä.) ab _____ als _____
wo _____	

e)	Ist die Tätigkeit auf einen Zeitraum von kürzer als 3 Wochen begrenzt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
----	--	-------------------------------	-----------------------------

f)	Sind Sie auch außerhalb des Saarlandes ärztlich/zahnärztlich tätig?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
ab _____ als _____			
wo _____			
Gehören Sie aufgrund dieser Tätigkeit einer anderen ärztlichen/zahnärztlichen Versorgungseinrichtung an?			
Versorgungseinrichtung _____			
Mitgliedschaft seit _____			

4. Bisherige Altersversorgung		
Waren Sie Mitglied anderer ärztlichen/zahnärztlichen Versorgungseinrichtungen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Erstmalsiger Eintritt in das System berufsständischer Versorgungswerke		
Versorgungseinrichtung _____		
Zuletzt war ich Mitglied _____	vom _____	bis _____
bei der Versorgungseinrichtung _____		

5. Rentenbezug von einem berufsständischen Versorgungswerk oder der Deutschen Rentenversicherung Bund	
<input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeitsrente (auch vorübergehend)	Träger
<input type="checkbox"/> Altersrente, vorgezogene Altersrente	Träger

Mit dieser Unterschrift bestätige ich, die Richtigkeit der vorstehenden Angaben und versichere gleichzeitig, dass es sich um eine **berufsspezifische Beschäftigung** handelt.

Ort, Datum

Unterschrift

Hinweis nach Art. 13 und 14 VO (EU) 2016/679 (Datenschutz-Grundverordnung):

Rechtsgrundlage für die Erhebung dieser Daten ist § 2 und § 3 Abs. 1 SdStG i.V.m. Art. 6 Abs. 1 lit. a), c) und e) DSGVO. Sie werden unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorschriften verarbeitet.