

Zurück an

Landes Zahnärztekammer 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

**persönliche Identifikationsnummer** (11-stellig - auf Steuerbescheid oder Lohnsteuerbescheinigung zu finden)

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