

B. Angaben zur Berufstätigkeit

Sind Sie pharmazeutisch tätig im Kammerbereich
Niedersachsen, Sachsen-Anhalt oder Hamburg?

 Nein Ja, ab

Tag

Monat

Jahr

Beruflicher Status:

Ich bin tätig als:

 selbstständige (r) Apotheker (in) als Apothekeninhaber/-pächter auf Honorarbasis angestellte (r) Apotheke (in) Pharmazeut(in) im Praktikum Apotheker(in) mit Berufserlaubnis nach § 11 BApO Beamter/Beamtin oder Soldat/-in Sonstiges, und zwar als: _____ Ich bin ohne Tätigkeit seit: _____ Ich beziehe Leistungen von der Agentur für Arbeit (ALG I) seit: _____**C. Angaben zur Mitgliedschaft**

1. Sind Sie von der Mitgliedschaft im Versorgungswerk ausgenommen?

 ja nein

Ausnahmegrund:

 45. Lebensjahr vollendet und bereits vom Apothekerversorgungswerk befreit Beamter/Beamtin auf Lebenszeit oder Berufssoldat/-in * nur max. 3 Monate Tätigkeitsausübung im Kammerbereich *

2. Beantragen Sie die Befreiung von der Mitgliedschaft im Versorgungswerk?

 ja nein

(Teil-)Befreiungsgrund:

 Nichtausübung der pharmazeutischen Berufstätigkeit Beitragspflichtiges Mitglied in einem anderen Versorgungswerk Beamter/Beamtin auf Widerruf / Probe oder Soldat/-in auf Zeit * Stipendium *3. Beantragen Sie die freiwillige Mitgliedschaft im Versorgungswerk? ja nein

Ich bin Mitglied der Apothekerkammer Niedersachsen, Hamburg oder Sachsen-Anhalt und

 bin zurzeit nicht pharmazeutisch berufstätig Beamter/Beamtin oder Soldat/-in * erhalte ein Stipendium *

(Bitte die gewünschte freiwillige Versorgungsabgabe unter Punkt G eintragen.)

* Bitte Nachweis beifügen!

D. Angaben zu früheren Mitgliedschaften

Mitgliedsnummer: _____

Falls Sie vor Aufnahme der Berufstätigkeit in Niedersachsen, Hamburg oder Sachsen-Anhalt schon Mitglied einer anderen Versorgungseinrichtung oder eines anderen 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.

vom			bis			Land / Bundesland	Versorgungseinrichtung / Rententräger
Tag	Monat	Jahr	-	Tag	Monat	Jahr	
			-				
			-				
			-				

Sofern Sie zuvor bereits in einem anderen Versorgungswerk Mitglied waren, können Sie **innerhalb von 3 Monaten ab der Tätigkeitsaufnahme im hiesigen Kammerbereich** – die Überleitung der an Ihr bisheriges Versorgungswerk gezahlten Beiträge zu uns, als Ihre nunmehr zuständige Versorgungseinrichtung, beantragen, **sofern Sie in Ihrem bisherigen Versorgungswerk nicht länger als 60 Monate Mitglied waren.**

Ich beantrage, meine bisher an die Apothekerversorgung _____ geleisteten Beiträge an die Apothekerversorgung Niedersachsen überzuleiten. Eine Kopie des Überleitungsantrages darf zum Zwecke der Beitragsüberleitung an mein bisher zuständiges Versorgungswerk gesendet werden. ja nein

E. Beiträge für Selbständige

Ich beantrage die Zahlung der allgemeinen Versorgungsabgabe (in 2021 monatlich 1.320,60 € West bzw. 1.246,20 € Ost). ja nein

die Zahlung von vorläufig 5/10 der allgemeinen Versorgungsabgabe (in 2021 monatlich 660,30 € West bzw. 623,10 € Ost). ja nein

die Zahlung von einkommensgerechten Versorgungsabgaben in Höhe von 18,6 % meiner voraussichtlichen Einkünfte (mindestens 2/10 der allgemeinen Versorgungsabgabe). Eine vorläufige Einkommensbestätigung des Steuerberaters ist beigelegt. ja nein

F. Beiträge für Angestellte

Ich beantrage die Zahlung in Höhe des für mich maßgebenden Rentenversicherungsbeitrages (18,6 % vom SV-Brutto) und die Befreiung von der gesetzlichen Rentenversicherungspflicht zugunsten der Apothekerversorgung Niedersachsen. ja nein

die Zahlung in Höhe von 2/10 des für mich maßgebenden Rentenversicherungsbeitrages, weil ich pflichtversichert in der gesetzlichen Rentenversicherung bleibe und keinen Befreiungsantrag von der gesetzlichen Rentenversicherung zugunsten des Versorgungswerkes stelle. Mein sozialversicherungspflichtiges Bruttogehalt beträgt _____ Euro voraussichtlich: _____ Euro

G. Beiträge für freiwillige Mitglieder

Ich beantrage die Zahlung des Mindestbeitrages (in 2021 monatlich 264,12 € West bzw. 249,24 € Ost). ja nein

die Zahlung von ___/10 der allgemeinen Versorgungsabgabe ja nein

die Zahlung von monatlich _____ Euro ja nein

