

An das:

Versorgungswerk der Landestierärztkammer Mecklenburg-Vorpommern
 Potsdamer Str. 47
 14163 Berlin

ERHEBUNGSBOGEN

Bitte umgehend zurücksenden!

Hinweis: Die Angaben zum Datenschutz können Sie dem beigefügten Merkblatt entnehmen.

Angaben zur Person

Mitglieds-Nr.:

Name, Akademischer Grad		Vorname	
Geburtsname, früher geführte Namen		Geburtsdatum Tag Monat Jahr	Datum Approbation
Geburtsort		Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	
Staatsangehörigkeit		Telefon	
Wohnsitz: Straße/Hausnummer			
Postleitzahl	Wohnort		

- Ich bin an einer sicheren E-Mail-Kommunikation interessiert und möchte am verschlüsselten E-Mail-Verfahren des Versorgungswerkes der Landestierärztkammer Mecklenburg-Vorpommern teilnehmen. Senden Sie mir bitte postalisch die Zugangsdaten zu.

Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet, seit: _____
	<input type="checkbox"/> geschieden, seit: _____	<input type="checkbox"/> verwitwet, seit: _____
	<input type="checkbox"/> eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaft, seit: _____	
ggf. Name und Geburtsdatum des Ehegatten / eingetragenen Lebenspartners	Tag Monat Jahr	
Name und Geburtsdatum der Kinder unter 27 Jahren	Tag Monat Jahr	
	Tag Monat Jahr	
	Tag Monat Jahr	

Angaben zur Berufstätigkeit

Ich bin seit/ab _____ tätig als:	
<input type="checkbox"/> angestellte(r) Tierärztin/Tierarzt	<input type="checkbox"/> Beamtin/-er auf Zeit / Lebenszeit / Widerruf / Probe (Bitte Nachweis beifügen)

<input type="checkbox"/> niedergelassene(r) Tierärztin/Tierarzt	<input type="checkbox"/> Soldat/in auf Zeit / Berufssoldat/in (Bitte Nachweis beifügen)
<input type="checkbox"/> auf Honorarbasis Tätige(r)	<input type="checkbox"/> Stipendiat/in (Bitte Nachweis beifügen)
<input type="checkbox"/> arbeitslos	<input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar: _____
Name/Anschrift Ihres Arbeitgebers (bitte ggf. Campus angeben) bzw. Anschrift Ihrer Praxis	
Straße/Hausnummer	
Postleitzahl	Ort

Angaben zur Mitgliedschaft

Ich beantrage als angestellte/r Tierarzt/Tierärztin die Befreiung von der gesetzlichen Rentenversicherung zu Gunsten des Versorgungswerkes der Landestierärztekammer Mecklenburg-Vorpommern. ja nein

Bitte beachten Sie, dass für jede neue Beschäftigung innerhalb einer Frist von 3 Monaten ab Beschäftigungsbeginn ein erneuter Befreiungsantrag bei der Deutschen Rentenversicherung Bund zu stellen ist.

Hinweis: Wird kein Antrag auf Befreiung von der gesetzlichen Rentenversicherung gestellt bzw. liegt keine Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung vor, so ist der Mindestbetrag in Höhe des 0,1-fachen des satzungsgemäßen Normalbeitrages an unsere Versorgungseinrichtung zu entrichten (bitte Ziffer 1.3 des Merkblattes beachten).

Beantragen Sie die Befreiung von der Mitgliedschaft? ja nein

Wenn ja, warum:

(Bitte ggf. Nachweis beifügen)

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
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Mit Beginn meiner Mitgliedschaft beantrage ich die Überleitung meiner bisher an ein anderes Versorgungswerk geleisteten Versorgungsbeiträge an das Versorgungswerk der Landestierärztekammer Mecklenburg-Vorpommern. ja nein

Hinweis: Eine Überleitung ist nur dann möglich, wenn an das bisher zuständige Versorgungswerk für nicht mehr als 96 Monate Beiträge entrichtet wurden und Sie bei Beginn der Mitgliedschaft in unserer Versorgungseinrichtung das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass die vorstehenden Angaben richtig und vollständig sind. Weiter erkläre ich ausdrücklich, das Merkblatt gelesen und zur Kenntnis genommen zu haben, dass ich nicht wirksam Mitglied des Versorgungswerkes der Landestierärztekammer Mecklenburg-Vorpommern werden kann, wenn ich berufsunfähig im Sinne der Satzung des Versorgungswerkes der Landestierärztekammer Mecklenburg-Vorpommern bin.

Eine Kopie des Erhebungsbogens darf zum Zwecke der Beitragsüberleitung an mein bisher zuständiges Versorgungswerk gesendet werden.

Ort, Datum

Unterschrift