

V - _____

An die
Bayerische Ärzteversorgung
81919 München

Mitgliedschafts-Erhebungsbogen

für Arzt Zahnarzt Tierarzt
 Ärztin Zahnärztin Tierärztin

Bitte deutlich lesbar in Druckbuchstaben ausfüllen (mit *) gekennzeichnete Angaben sind freiwillig)

1. Persönliche Angaben:		
1.1	Titel/Akademischer Grad	Vorname
	Name	Geburtsname, früher geführte Namen
	Geburtsdatum	Geburtsort / -land
	Staatsangehörigkeit	seit

1.2	Datum des Examens:	an der Universität *)
	Datum der Approbation:	Ausstellende Behörde:
	Datum der Berufserlaubnis: (bitte Kopie beifügen)	Ausstellende Behörde:

1.3	Straße/Hausnummer	
	Postleitzahl	Ort
	Telefonisch zu erreichen unter Nummer Privat *)	

2. Angaben zur (derzeitigen) beruflichen Tätigkeit:	
2.1	<p>Im Angestelltenverhältnis tätig seit / ab (Vertragsbeginn) _____ (Bitte genaues Datum angeben)</p> <p>als _____ Bruttogehalt _____ EUR monatlich <small>(Chef-, Ober-, Assistenzarzt, wiss. Hilfskraft usw.)</small> <small>(ungefähre Angaben sind zunächst ausreichend)</small></p> <p>Arbeitgeber: _____</p> <p>Arbeitsstätte: _____ <small>(PLZ, Ort)</small></p> <hr/> <p>Freiwilliger Wehrdienst / Wehrübung als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt seit / ab _____</p> <p>Derzeitiger Dienstort: _____ <small>(PLZ, Ort)</small></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Als freiwilligen Wehrdienst Leistender / Wehrübender stelle ich hiermit Antrag auf Befreiung von der Mitgliedschaft kraft Gesetzes</i></p>
2.2	<p>Sind Sie rentenversicherungspflichtig? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja seit / ab _____</p>
2.3	<p>Niedergelassen seit / ab _____ als _____</p> <p>Praxisadresse: _____ <small>(PLZ, Ort)</small></p> <hr/> <p>Sonstige (selbständige) Tätigkeit seit / ab _____</p> <p>als _____ <small>(Praxisvertreter, freier Mitarbeiter, Stipendiat, Honorararzt, usw.)</small></p> <p>Arbeitsstätte/Praxisinhaber: _____ <small>(PLZ, Ort)</small></p>
2.4	<p>Im Beamtenverhältnis seit / ab _____ (bitte Kopie der Ernennungsurkunde beifügen)</p> <p>als _____ Dienststelle: _____</p> <p>Beamtenverhältnis <input type="checkbox"/> auf Widerruf <input type="checkbox"/> auf Zeit <input type="checkbox"/> auf Probe <input type="checkbox"/> auf Lebenszeit</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Zeitsoldat für _____ Jahre seit / ab _____ (bitte Kopie der Dienstzeitbescheinigung bzw. Ernennungsurkunde beifügen)</p> <p><input type="checkbox"/> Berufssoldat _____</p> <p>Derzeitiger Dienstort: _____ seit / ab _____ <small>(PLZ, Ort)</small></p> <p>Vorheriger Dienstort: _____ <small>(PLZ, Ort)</small></p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> <i>Ich stelle keinen Antrag auf Befreiung von der Mitgliedschaft kraft Gesetzes (in diesem Fall ruht die Beitragspflicht)</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Ich stelle hiermit Antrag auf Befreiung von der Mitgliedschaft kraft Gesetzes</i></p>
2.5	<p>Nicht ärztlich – zahnärztlich – tierärztlich berufstätig seit _____</p>

