Überleitungsantrag für Zahnärztinnen/ Zahnärzte

Name: Vorname:

Geburtsname: Geburtsdatum:

Geburtsort: Staatsangehörigkeit:

Bisherige Anschrift:

Bisherige Versorgungseinrichtung:

Mitgliedsnummer:

Mitglied vom: bis:

Mitglied der neuen Zahnärztekammer ab:

Neue Anschrift:

Neue Versorgungseinrichtung:

Tätig ab:

Arbeitgeber:

Ich beantrage hiermit, meine an die **bisherige** Versorgungseinrichtung:

_____

geleisteten Beiträge zu meinen Gunsten an die **neue** Versorgungseinrichtung:

_____

überzuleiten und versichere, dass ich bei der bisherigen Versorgungseinrichtung keine Berufsunfähigkeitsrente beantragt habe und zum Zeitpunkt des Wechsels nicht berufsunfähig gewesen bin. Ein Scheidungsverfahren ist ebenfalls nicht rechtsanhängig.

Ort, Datum Unterschrift