

Überleitungsantrag

1. Allgemeine Personalien

- a) Name, Vorname: _____
- b) Geschlecht: _____ Staatsangehörigkeit: _____
- c) geboren am: _____ Geburtsort: _____
- d) Familienstand: ledig verheiratet geschieden
- e) Ist ein Scheidungs- oder Versorgungsausgleichsverfahren anhängig? ja nein
- f) Liegen Pfändungen oder Abtretungen vor? ja nein

2. Ich war Mitglied der (bisherige Versorgungseinrichtung)

von _____ bis _____ Mitgliedsnummer: _____

Bisherige Anschrift: _____

Neue Anschrift: _____

Anschrift des derzeitigen Arbeitgebers: _____

3. Im Bereich der neu zuständigen Apothekerkammer pharmazeutisch tätig seit

_____ als _____

Ich stelle hiermit den Antrag, meine an die _____

geleisteten Versorgungsabgaben auf die Apothekerversorgung Schleswig-Holstein zu übertragen.

Ich versichere, dass ich keinen Antrag auf Berufsunfähigkeitsrente gestellt habe und zum Zeitpunkt des Arbeitsplatzwechsels nicht berufsunfähig war.

Ich bin voraussichtlich im Kammerbereich Schleswig-Holstein mindestens 3 Monate tätig.

Datum

Unterschrift