

# ÜBERLEITUNGSANTRAG

## 1. Allgemeine Personalien

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NAME	VORNAME	TEL.:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
GESCHLECHT:	STAATSANGEHÖRIGKEIT:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
GEBOREN AM:	IN:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
FAMILIENSTAND:	<input type="checkbox"/> LEDIG	<input type="checkbox"/> VERHEIRATET
	<input type="checkbox"/> GESCHIEDEN	
Ist ein Scheidungs- oder Versorgungsausgleichsverfahren anhängig	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Liegen Pfändungen oder Abtretungen vor	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN

## 2. Bisherige Versorgungseinrichtung

<input type="text"/>
NAME
<input type="text"/>
VON
<input type="text"/>
BIS
<input type="text"/>
BISHERIGE ANSCHRIFT:
<input type="text"/>
NEUE ANSCHRIFT:
<input type="text"/>
NAME/ANSCHRIFT DES DERZEITIGEN ARBEITGEBERS:
<input type="text"/>

## 3. Neu zuständige Apothekerkammer

<input type="text"/>
Apothekerkammer Schleswig-Holstein
<input type="text"/>
PHARMAZEUTISCH TÄTIG SEIT
<input type="text"/>
ALS
<input type="text"/>

Ich stelle hiermit den Antrag, meine an die

NAME

geleisteten Versorgungsabgaben auf die Apothekerversorgung Schleswig-Holstein zu übertragen.

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

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

DATUM

UNTERSCHRIFT