Apothekerversorgung Schleswig-Holstein
Düsternbrooker Weg 75
24105 Kiel

APOTHEKERVERSORGUNG
SCHLESWIG-HOLSTEIN

Haben Sie Fragen oder Probleme?
Wir sind für Sie da und helfen Ihnen gerne weiter.

Telefon: 0431 579 3550
Telefax 0431 579 3560

E-Mail: info@av-sh.de
Internet: www.av-sh.de

Überleitungsantrag

1. Allgemeine Personalien

Name | Vorname | Tel.

Bisherige Anschrift

Neue Anschrift

☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers
Geschlecht

Staatsangehörigkeit

Geboren am

In

Familienstand: ☐ Ledig ☐ Verheiratet ☐ Geschieden

Ist ein Scheidungs- oder Versorgungsausgleichsverfahren anhängig? ☐ Ja ☐ Nein

Liegen Pfändungen oder Abtretungen vor? ☐ Ja ☐ Nein

2. Bisherige Versorgungseinrichtung

Name

von | bis

3. Neu zuständige Apothekerkammer

Apothekerkammer Schleswig-Holstein

Pharmazeutisch tätig seit | Als

Name/Anschrift des bisherigen Arbeitgebers

Ich stelle hiermit den Antrag, meine an die

Name der bisherigen Versorgungseinrichtung

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.

Ort, Datum | Unterschrift