

Apothekerversorgung Schleswig-Holstein
Düsternbrooker Weg 75
24105 Kiel

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

Mitgliedschaftserhebungsbogen der Apothekerversorgung Schleswig Holstein

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name, Akademischer Grad	Vorname
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Geburtsort	Geschlecht
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Staatsangehörigkeit	Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Wohnsitz	Strasse Hausnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Postleitzahl Wohnort	
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden
<input type="text"/>	
Geburtsdatum Ehepartner	
<input type="text"/>	
Kinder (Anzahl Geburtsdatum)	

Steuer-Identifikationsnummer

Die Angabe Ihrer 11-stelligen Steuer-Identifikationsnummer ist verpflichtend. Diese finden Sie zum Beispiel auf Ihrem letzten Einkommensbescheid oder der Lohnsteuerbescheinigung. Weitere Informationen erhalten Sie beim Bundeszentralamt für Steuern unter www.bzst.de

Sozialversicherungsnummer

Angaben zur Berufstätigkeit

Approbation

seit

Pharmaziepraktikant/in

ab

Beschäftigung in Schleswig-Holstein **nicht** länger als 3 Monate

Ja

Nein

Bestehen z. Zt. weitere Beschäftigungsverhältnisse in anderen Kammerbereichen

Ja

Nein

Angaben zu früheren Mitgliedschaften

Falls Sie vor Aufnahme der Berufstätigkeit in Schleswig Holstein schon Mitglied einer anderen Versorgungseinrichtung oder eines anderen gesetzlichen Rentenversicherungsträgers im Inland oder europäischen Ausland (EU/EFTA/EWR) waren, bitten wir Sie, hier den Zeitraum der Mitgliedschaft, das entsprechende Land sowie den Namen der Versorgungseinrichtung anzugeben.

vom	bis	Land/ Bundesland	Versorgungseinrichtung/ Rententräger
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Sofern Sie zuvor bereits in einem anderen Versorgungswerk Mitglied waren, können Sie **innerhalb von 3 Monaten ab der Tätigkeitsaufnahme im hiesigen Kammerbereich** die Überleitung der an Ihr bisheriges Versorgungswerk gezahlten Beiträge zu uns, als Ihre nunmehr zuständige Versorgungseinrichtung, beantragen, **sofern Sie in Ihrem bisherigen Versorgungswerk nicht länger als 60 Monate Mitglied waren**.

Ich beantrage, meine bisher an die Apothekerversorgung _____ geleisteten Beiträge an die Apothekerversorgung **Schleswig-Holstein** überzuleiten.
Eine Kopie des Überleitungsantrages darf zum Zwecke der Beitragsüberleitung an mein bisher zuständiges Versorgungswerk gesendet werden.

Ja

Nein

Der Schutz Ihrer persönlichen Daten ist uns sehr wichtig. Wir behandeln Ihre personenbezogenen Daten vertraulich und entsprechend der gesetzlichen Datenschutzvorschriften sowie unserer Datenschutzerklärung. Lesen Sie hierzu auf unserer Website unter: www.av-sh.de oder fordern diese ggf. schriftlich unter Tel. 0431-579-3550 an.

Die Kommunikation per E-Mail mit dem Versorgungswerk ist möglich. Beachten Sie bitte, dass dieser Übertragungsweg nicht vollständig sicher ist und Unbefugte z. B. die Absender- oder Empfängeradresse oder den Inhalt der E-Mail manipulieren könnten.

Ich bin damit einverstanden, dass das Versorgungswerk per E-Mail kommuniziert

Ja

Nein

E-Mail Adresse

Ort, Datum

Unterschrift