

Erhebungsbogen

Bitte zurück an die Tierärzteversorgung Niedersachsen
Gutenberghof 7, 30159 Hannover

1. **Vorname:** _____ **Nachname:** _____
- Titel:** _____ **Geburtsname:** _____
- Straße/Hausnummer:** _____
- Postleitzahl/Ort:** _____
- Telefon:** _____ **Fax:** _____
- E-Mail:** _____
- Geburtsdatum:** _____ **Geburtsort:** _____
- Staatsangehörigkeit:** _____ **Geschlecht:** weiblich männlich
- Familienstand:** ledig verheiratet/verpartnert verwitwet geschieden

2. Ich bin Mitglied der Tierärztekammer

Niedersachsen Schleswig-Holstein Hamburg Bremen seit _____

Datum der Approbation _____ oder Datum der Berufserlaubnis: _____

3. Ich habe Mitgliedszeiten bei folgenden berufsständischen Versorgungswerken:

Versorgungswerk	Mitgliedszeitraum
_____	vom _____ bis _____
_____	vom _____ bis _____
_____	vom _____ bis _____

Ich beantrage die Beitragsüberleitung zur Tierärzteversorgung Niedersachsen

Versorgungswerk: _____

Dortige Mitgliedsnummer: _____

Hinweis: Eine Beitragsüberleitung ist nur möglich, sofern in der abgebenden Versorgungseinrichtung für nicht mehr als 96 Monate Beiträge entrichtet wurden und das 50. Lebensjahr zum Zeitpunkt der Aufnahme der Tätigkeit im neuen Kammerbereich noch nicht vollendet ist.

4. Ich bin in Niedersachsen Schleswig-Holstein Hamburg Bremen

ab _____

angestellte/r Tierärztin/Tierarzt

Arbeitgeber: _____

Anschrift des Arbeitgebers: _____

Betriebsnummer des Arbeitgebers: _____

Haben Sie bereits elektronisch die Befreiung von der Versicherungspflicht beantragt? Falls nicht, siehe auf unserer Homepage unter: **Mitglieder – Elektronisches GRV-Befreiungsverfahren.**

niedergelassene/r Tierärztin/Tierarzt

Praxisanschrift: _____

selbstständig tierärztlich tätig (z. B. Praxisvertreter auf Honorarbasis)

Art der Tätigkeit: _____

Tätigkeitsort: _____

Beamtin/Beamter

Sanitätsoffizier/in

Dienstherr: _____

(bitte Ernennungsurkunde beifügen)

Ich bin von der Mitgliedschaft ausgenommen.

ohne tierärztliche Tätigkeit (Doktorand ohne Einkünfte, Stipendiat, arbeitslos)

Ich bin von der Mitgliedschaft ausgenommen.

5. Ich beziehe bereits eine Vollrente wegen Alters

Ja (bitte Rentenbescheid beifügen)

Nein

6. Erklärung zum Status bei Berufsunfähigkeit

Ich bin bei Beginn der Mitgliedschaft in der Tierärzlteversorgung Niedersachsen berufsunfähig.

Ja (bitte Nachweise beifügen)

Nein

Falls „Ja“, bitte ankreuzen:

berufsunfähig

teilweise berufsunfähig

Arbeitserprobung

Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragt

aktueller Leistungsbezug wegen Berufsunfähigkeit

Datum

Unterschrift

Informationen zum Datenschutz finden Sie unter www.tivn.de