

Mitglieds-Nr.:

1 - Meine persönlichen Daten

Name:	Titel:
Vorname(n):	Geburtsname:
Geburtsort:	Geburtsdatum:
Staatsangehörigkeit:	
Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	
Wohnanschrift:	ab/seit:
Telefonnummer:	
E-Mail:	

2 - Ich bin berufsunfähig bzw. ich habe einen Antrag auf Anerkennung der Berufsunfähigkeit gestellt

ja (bitte Nachweis beifügen) nein

3 - Meine beruflichen Angaben - ärztliche Haupttätigkeit

Datum der Approbation * Berufserlaubnis (§ 10 BÄO) *

In Schleswig-Holstein bin ich ärztlich tätig seit _____ als _____

angestellte/r Ärztin / Arzt

Beamtin / Beamter / Soldatin / Soldat *

auf Zeit / Zeitsoldat/in auf Lebenszeit / Berufssoldat/in (ausgenommen von der Pflichtmitgliedschaft)

Selbstständige Ärztin/ selbstständiger Arzt

Niederlassung auf Honorarbasis

Name und Anschrift Arbeitgeber/ Dienstherr/ Praxis:

4 - Meine beruflichen Angaben - ärztliche Nebentätigkeit

Angestellte/r Beamtin / Beamter / Soldat/in* Selbstständige/r

Name und Anschrift Arbeitgeber/ Dienstherr/ Praxis:

*) Bitte fügen Sie erforderliche Dokumente bei (z. B. Approbation, Berufserlaubnis, Ernennungsurkunde, Dienstbescheinigung oder Bescheinigung der Agentur für Arbeit). Eine einfache Kopie ist ausreichend.

5 - Meine beruflichen Angaben - nichtärztliche Tätigkeit / Entgeltersatzleistung / ohne Tätigkeit

- berufsfremde Tätigkeit ohne ärztliche Tätigkeit
- Entgeltersatzleistung * (z.B. Kranken- oder Arbeitslosengeld)

Name und Anschrift Arbeitgeber/ Dienstherr/ Praxis / Krankenkasse / Agentur für Arbeit:

6 - Meine Mitgliedszeiten bei folgenden ärztlichen Versorgungswerken oder Zeiten im EU-Ausland

Name des ärztlichen Versorgungswerks von bis

7 - Mein Überleitungsantrag (entfällt bei Beiträgen, die an die Deutsche Rentenversicherung geleistet wurden)

Ich möchte die bei meinem zuletzt zuständigen ärztlichen Versorgungswerk eingezahlten Beiträge überleiten lassen

- ja nein

Hinweis: Eine Beitragsüberleitung ist nur innerhalb von 6 Monaten ab Tätigkeitsaufnahme möglich, sofern an das zuletzt zuständige ärztliche Versorgungswerk nicht mehr als 96 Monate Beiträge entrichtet wurden und das 50. Lebensjahr zum Zeitpunkt der Aufnahme der ärztlichen Tätigkeit in Schleswig-Holstein noch nicht vollendet ist.

8 - Meine erforderlichen Unterlagen

Ich habe folgende Unterlagen beigefügt

- meine Approbationsurkunde * oder meine Berufserlaubnis (§ 10 BÄO) *

Da ich aufgrund einer Berufserlaubnis gemäß § 10 BÄO tätig bin

- meinen Arbeitsvertrag / Vertrag für ein/e Stipendium, Hospitation, Praktikum

Da ich Beamtin/Beamter/ Soldatin/Soldat bin,

- meine Ernennungsurkunde * meine Dienstzeitbescheinigung * (nur für Soldaten)

Weiteres (z. B. Bescheinigung über Entgeltersatzleistungen)

-

Damit mir keine Nachteile entstehen, werde ich alle Änderungen zu den gemachten Angaben umgehend mitteilen!

Ort, Datum

Unterschrift

*) Bitte fügen Sie erforderliche Dokumente bei (z. B. Approbation, Berufserlaubnis, Ernennungsurkunde, Dienstbescheinigung oder Bescheinigung der Agentur für Arbeit). Eine einfache Kopie ist ausreichend.