



Baden-Württembergische Versorgungsanstalt  
für Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte  
Postfach 26 49  
72016 Tübingen

ANB

Anmeldebogen

Verwaltungsnummer:

<input type="checkbox"/> <b>Arzt</b>		<input type="checkbox"/> <b>Zahnarzt</b>		<input type="checkbox"/> <b>Tierarzt</b>	
Name, Vorname			ggf. Geburtsname		
Strasse, Postfach			Akademischer Titel	Geburtsdatum __ . __ . ____	
Postleitzahl, Wohnort			Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		Staatsangehörigkeit
Telefon	E-Mail			Familienstand	
Ausstellungsdatum	a) Erlaubnisurkunde	ggf. befristet bis		__ . __ . ____	
	b) deutsche Approbationsurkunde	Approbation ruht derzeit		<input type="checkbox"/> Ja	

<b>Berufliche Situation (für jede zusätzliche Tätigkeit ist ein weiterer Bogen auszufüllen)</b>											
Beginn der Tätigkeit am __ . __ . ____ (Vertragsbeginn), ggf. bis __ . __ . ____											
Arbeitgeber/Dienststelle/Praxisadresse/Arbeitsamt											
PLZ, Ort, Strasse											
Telefon Arbeitgeber	Betriebsnummer <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>										
<input type="checkbox"/> Angestellter	Monatliches Bruttoarbeitsentgelt: __ . __ . __ , __ € (Bei fehlender Angabe Annahme des monatlichen RV-Höchstbeitrags in Höhe von 6.350,00 €.) Berufseinkünfte 2015 auf volle tausend Euro abgerundet: __ __ . 0 0 0 €										
<input type="checkbox"/> Niedergelassener	Berufseinkünfte 2015 auf volle tausend Euro abgerundet: __ __ . 0 0 0 € <input type="checkbox"/> Ich beantrage die Herabsetzung der Versorgungsabgabe auf die Mindestabgabe in den 24 der erstmaligen Niederlassung folgenden Monate										
<input type="checkbox"/> Praxisvertreter - Höhe der voraussichtlichen Einnahmen:	Berufseinkünfte 2015 auf volle tausend Euro abgerundet: __ __ . 0 0 0 €										
<input type="checkbox"/> Beamter oder Soldat	<input type="checkbox"/> Stipendiat										
<input type="checkbox"/> Ohne ärztliche, zahnärztliche, tierärztliche Tätigkeit	<input type="checkbox"/> Gastarzt oder Hospitant										
<input type="checkbox"/> Sonstige Berufstätigkeit: (z.B. Zivildienstleistender in (zahn-, tierärztlicher Verwendung)	<input type="checkbox"/> freier Mitarbeiter										

**Bisherige (zahn-, tier-,) ärztliche Tätigkeiten**

Beginn TT.MM.JJJJ	Ende TT.MM.JJJJ	Tätigkeitsort	Tätig als

**Mitgliedschaft bei einem anderen Träger  
(z.B. Berufsständische Versorgungseinrichtung, Deutsche Rentenversicherung,  
ausländische gesetzliche Rentenversicherung)**

Sind / waren Sie bereits Mitglied bei einem anderen Träger?

nein

ja, wie folgt (bitte vollständig auführen):

Beginn TT.MM.JJJJ	Ende TT.MM.JJJJ	Name des Trägers

Ich beantrage die Beitragsüberleitung an die Baden-Württembergische Versorgungsanstalt.

Hinweis: Eine Überleitung ist grundsätzlich nur möglich, wenn für nicht mehr als 96 Monate Beiträge an das bisher zuständige Versorgungswerk entrichtet wurden und bei Beginn der Mitgliedschaft bei der Baden-Württembergischen Versorgungsanstalt das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet ist.

Es besteht ein anhängiges Versorgungsausgleichsverfahren  ja  nein

Falls ja, Name und Anschrift des Familiengerichts sowie das Aktenzeichen:

---

**Personenbezogene Daten werden nur erhoben und verarbeitet, soweit dies für die Wahrnehmung der durch Gesetz übertragenen Aufgaben der Versorgungsanstalt erforderlich ist.**

**Ich versichere, dass ich derzeit nicht berufsunfähig bin.**

Ort, Datum

Unterschrift