

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

BS

Formblatt Tätigkeitsauskunft
Verwaltungsnummer:

Persönliche Daten
Name
Straße / Postfach, Nr.
Postleitzahl, Wohnort
Geburtsdatum

Angaben zur bisherigen Tätigkeit (bitte zutreffendes ankreuzen und ausfüllen)
<input type="checkbox"/> An meiner bisherigen Tätigkeit hat sich nichts geändert.
<input type="checkbox"/> Meine bisherige Tätigkeit endete am _____ (ggf. Vertragsende)

Veränderungen in der bisherigen beruflichen Situation (bitte zutreffendes ankreuzen und ausfüllen)
<input type="checkbox"/> Sonderurlaub vom _____ bis _____ <input type="checkbox"/> Meine Bezüge fallen weg <input type="checkbox"/> Ich erhalte weiterhin Bezüge
<input type="checkbox"/> Krankheit ohne Lohnfortzahlung vom _____ bis _____ <input type="checkbox"/> gesetzlich krankenversichert <input type="checkbox"/> privat krankenversichert
<input type="checkbox"/> Mutterschutz vom _____ bis _____
<input type="checkbox"/> Elternzeit vom _____ bis _____
<input type="checkbox"/> Entsendung vom _____ bis _____
Bitte legen Sie für diese Angaben eine Bestätigung Ihres Arbeitgebers bei, oder lassen Sie die Angaben in diesem Feld durch Ihren Arbeitgeber bescheinigen.
_____ (Datum, Unterschrift)
_____ (Firmenstempel)

Angaben zur zukünftigen Tätigkeit (bitte zutreffendes ankreuzen und ausfüllen)	
Beginn der neuen Tätigkeit am _____ (Vertragsbeginn), ggf. bis _____	
Arbeitgeber/Dienststelle/Praxisadresse/Bundesagentur für Arbeit _____	
PLZ, Ort, Straße _____	
Tätig im Bereich der Versorgungseinrichtung/Kammer _____	
<input type="checkbox"/>	Im Angestelltenverhältnis tätig <input type="checkbox"/> mit Liquidationsberechtigung/Kassenermächtigung
<input type="checkbox"/>	Monatliches Bruttoarbeitsentgelt: _____ € (Bei fehlender Angabe Annahme des monatlichen RV- Höchstbeitrags)
	Betriebsnummer des Arbeitgebers: _____
<input type="checkbox"/>	Niedergelassen (bitte Praxisadresse oben eintragen)
<input type="checkbox"/>	Praxisvertreter - Höhe der voraussichtlichen monatlichen Einnahmen: _____
<input type="checkbox"/>	Freier Mitarbeiter
<input type="checkbox"/>	Zivildienstleistender in (zahn-, tier-,) ärztlicher Verwendung (Bitte Dienststelle oben eintragen und Einberufungsbescheid beilegen.)
	<input type="checkbox"/> Das Beschäftigungsverhältnis besteht in dieser Zeit ruhend weiter.
<input type="checkbox"/>	Wehrdienstleistender in (zahn-, tier-,) ärztlicher Verwendung (Bitte Dienststelle oben eintragen und Einberufungsbescheid beilegen.)
	<input type="checkbox"/> Das Beschäftigungsverhältnis besteht in dieser Zeit ruhend weiter.
<input type="checkbox"/>	Entwicklungshelfer (Bitte Arbeitgeberadresse eintragen und Arbeitsvertrag beilegen)
<input type="checkbox"/>	Monatliches Bruttoarbeitsentgelt: _____ € (Bei fehlender Angabe Annahme des monatlichen RV-Höchstbeitrags)
	Betriebsnummer des Arbeitgebers: _____
<input type="checkbox"/>	Beamter oder Soldat (Bitte Kopie der Ernennungsurkunde beilegen.)
<input type="checkbox"/>	Im Ausland tätig (bei Vorliegen einer Entsendung diese bitte auf Seite 1 des Formblatts vom Arbeitgeber bescheinigen lassen.)
<input type="checkbox"/>	Bei der Agentur für Arbeit arbeitslos gemeldet (Bitte Adresse oben eintragen)
	<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld wird bezogen
<input type="checkbox"/>	Berufsfremd tätig (nicht in (zahn-, tier-,) ärztlicher Tätigkeit (Bitte Kopie des Arbeitsvertrages beilegen.)
<input type="checkbox"/>	Stipendiat (Bitte Stipendiumszusage beilegen.)
<input type="checkbox"/>	Gastarzt, Hospitant (Bitte Kopie des Vertrages beifügen.)
<input type="checkbox"/>	Arzt ohne Tätigkeit

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

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift