



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

ANB

Anmeldebogen

Verwaltungsnummer:

<input type="checkbox"/> Arzt		<input type="checkbox"/> Zahnarzt		<input type="checkbox"/> Tierarzt	
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	

Berufliche Situation (für jede zusätzliche Tätigkeit ist ein weiterer Bogen auszufüllen)											
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