

# Versorgungswerk der Landestierärztekammer Thüringen

## ERHEBUNGSBOGEN

Bitte umgehend zurücksenden !

Hinweis: Die in diesem Erhebungsbogen geforderten personenbezogenen Daten werden aufgrund der Rechtsvorschrift des § 1 Abs. 5 der Satzung des Versorgungswerkes erhoben. Danach ist jedes Kammermitglied zur Auskunftserteilung verpflichtet. Die Erhebung und Speicherung der Daten ist zur rechtmäßigen Erfüllung der uns durch Gesetz zugewiesenen Aufgaben erforderlich (§ 19 Abs. 1, § 20 Abs. 1 ThürDSG).

### Angaben zur Person

Name:	_____	Geburtsname:	_____
Vorname:	_____	Titel:	_____
Staatsangehörigkeit:	_____	Geburtsdatum:	_ _ _ _ _ _ _
Anschrift:	_____	Tag der Approbation:	_ _ _ _ _ _ _
Telefon:	_____	Familienstand:	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet
ggf. Name und Geburtsdatum des Ehegatten:		_____	
ggf. Name und Geburtsdatum der Kinder unter 27 Jahren:		_____ _____	

### Angaben zur Berufstätigkeit

Sind Sie	<input type="checkbox"/> selbständiger Tierarzt	<input type="checkbox"/> angestellter Tierarzt	<input type="checkbox"/> Beamter auf Lebenszeit
	<input type="checkbox"/> Beamter auf Widerruf	<input type="checkbox"/> Vertreter	
	<input type="checkbox"/> sonstiges, und zwar: _____		
beschäftigt seit:	_____		
ggf. Arbeitgeber und dessen Anschrift: (auch bei Selbständigkeit)	_____ _____		

### Angaben zur Mitgliedschaft

Beantragen Sie	die Befreiung von der Mitgliedschaft im Versorgungswerk ? (siehe Merkblatt unter Ziffer 1.2 und 1.3) Wenn ja, warum ? (ggf. Nachweis beifügen): _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	die Mitgliedschaft im Versorgungswerk zum 1/10-Beitrag, weil Sie in der DRV Bund pflichtversichert bleiben wollen ?!	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind Sie	bereits Mitglied eines anderen Versorgungswerkes ? Falls ja, in welchem ? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	von der Pflichtmitgliedschaft ausgenommen, weil Sie als Beamter tätig sind bzw. Ihnen eine Versorgung nach beamtenrechtlichen Grundsätzen zugesagt ist (Ernennungsurkunde beifügen) ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	berufsunfähig im Sinne der Satzung des Versorgungswerkes ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

### Angaben zu früheren Mitgliedschaften

Falls Sie vor Aufnahme der Berufstätigkeit in Thüringen oder Sachsen-Anhalt schon Mitglied einer anderen Versorgungseinrichtung oder gesetzlichen Rentenversicherungsträgers im Inland oder europäischen Ausland (EU/EFTA/EWR) waren, bitten wir Sie, hier den Zeitraum der Mitgliedschaft, das entsprechende Land sowie den Namen der Versorgungseinrichtung anzugeben

von	bis	Land oder Bundesland	Versorgungseinrichtung / Rententräger
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Mein Bruttoentgelt wird monatlich ca. \_\_\_\_\_ Euro betragen.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass die vorstehenden Angaben richtig und vollständig sind. Weiter erkläre ich ausdrücklich, dass ich das Merkblatt gelesen und zur Kenntnis genommen habe, dass ich nicht wirksam Mitglied des Versorgungswerkes werden kann, wenn ich **berufsunfähig** bin.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift