

ÄRZTEVERSORGUNG LAND BRANDENBURG

Einrichtung der Landesärztekammer Brandenburg - Körperschaft des öffentlichen Rechts -

Anschrift: Ostrower Wohnpark 2, 03046 Cottbus

Überleitungsantrag

1. Personalien

Name: _____ Vorname: _____

Geschlecht: männlich weiblich

Geburtstag: _____ Geburtsort: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Familienstand: ledig verheiratet geschieden verwitwet

Bisherige Anschrift: _____

Ist ein Scheidungs- oder Versorgungsausgleichsverfahren anhängig? ja nein

2. Neuer Tätigkeitsbereich

Ich bin im Bereich der neu zuständigen Versorgungseinrichtung ärztlich tätig

seit: _____ als: _____

Jetziger Arbeitgeber: _____

Dienst- oder Praxisanschrift: _____

Neue Privatanschrift: _____

3. Bisheriger Tätigkeitsbereich

Ich war Mitglied der _____ Mitglieds-Nr. _____
(bisherige Versorgungseinrichtung)

vom: _____ bis: _____. **Ich habe für weniger als 97 Monate Beiträge zu meiner bisherigen Versorgungseinrichtung gezahlt.**

Ich stelle hiermit den Antrag, meine an die unter Ziffer 3 genannte Versorgungseinrichtung geleisteten Versorgungsabgaben/Beiträge auf die

_____ (neu zuständige Versorgungseinrichtung)

zu übertragen.

Ich versichere, dass ich bei der bisherigen Versorgungseinrichtung keinen Antrag auf Berufsunfähigkeitsrente gestellt habe und im Zeitpunkt des Wechsels des Arbeitsplatzes nicht berufsunfähig war.

Ort

Datum

Unterschrift