

Veränderungsmeldung

Name:

Vorname:

Bitte zurücksenden an:

Vers.-Nr.:

Ärzteversorgung Land Brandenburg
Postfach 10 01 35
03001 Cottbus

- Ich war tätig bis (letzter Beschäftigungstag) als
Arbeitgeber:

- Ich bin seit / ab tätig als
 niedergelassene(r) Ärztin / Arzt
 angestellte(r) Ärztin / Arzt und zwar als
(z.B. Assistenzarzt, Chefarzt etc.)

berufsfremd tätig als

- Dienstanschrift:

geringfügig beschäftigt (bis 450,00 €)
 mehrfach beschäftigt
 Beamter / Soldat auf(z. B. Probe, Zeit, Lebenszeit)
 Praxisvertreter
 Praxisassistent auf Honorarbasis
 im Angestelltenverhältnis

- Ich übe derzeit eine Erwerbstätigkeit in mehreren Mitgliedsstaaten innerhalb der EU / des EWR aus:

ja (bitte formlose Erläuterung) nein

- Ich bin ohne ärztliche Tätigkeit seit / ab

mit Anspruch auf ALG I (Arbeitslosengeld) gegenüber der Agentur für Arbeit:
Kunden-Nr.:
 mit Anspruch auf ALG II (Hartz IV) gegenüber dem Jobcenter:
Kunden-Nr.:
 ohne Leistungsanspruch gegenüber der Agentur für Arbeit
 wegen Mutterschutz bzw. Elternzeit
 wegen Krankheit/Unfall, Ende der Gehaltsfortzahlung:
 gesetzlich krankenversichert privat krankenversichert

- Privatanschrift:

- Telefon:

- Bemerkungen:

.....
Ort

.....
Datum

.....
Unterschrift