

Überleitungsantrag für Zahnärzte

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Bisherige Anschrift: _____

Bisherige Versorgungseinrichtung: _____

Mitgliedsnummer: _____

Mitglied vom: _____

bis: _____

Mitglied der neuen Zahnärztekammer ab: _____

Neue Anschrift: _____

Neue Versorgungseinrichtung: _____

Tätig ab: _____

Arbeitgeber: _____

Ich beantrage hiermit, meine an die **bisherige** Versorgungseinrichtung:

geleisteten Beiträge zu meinen Gunsten an die **neue** Versorgungseinrichtung:

überzuleiten und versichere, dass ich bei der bisherigen Versorgungseinrichtung keine Berufsunfähigkeitsrente beantragt habe und zum Zeitpunkt des Wechsels nicht berufsunfähig gewesen bin. Ein Scheidungsverfahren ist ebenfalls nicht rechtsanhängig.

Ort, Datum

Unterschrift