

Stempel des Arbeitgebers

per Fax: 0261/947 637-99
Bezirksärztekammer Koblenz
- Versorgungseinrichtung -
Bubenheimer Bann 12

56070 Koblenz

Zugangs-/Abgangsmeldung

Name, Vorname: _____ geb. am: _____

Straße, Ort: _____

hat am: _____ ärztliche Tätigkeit aufgenommen

die ärztliche Tätigkeit beendet

Bei Tätigkeitsaufnahme

Besteht Versicherungspflicht in der Deutschen Rentenversicherung: ja nein

Wurde eine Befreiung von der Versicherungspflicht in der Deutschen
Rentenversicherung gemäß § 6 Abs. 1 Nr.1 SGB VI ausgesprochen: ja nein

Besteht bereits eine Mitgliedschaft bei einer berufsständischen
Versorgungseinrichtung: ja nein

Wenn ja, bei welcher? _____

Bei Beendigung der Tätigkeit

Anschrift des neuen Arbeitgebers (sofern bekannt):

_____, den _____

(Unterschrift)