



1. Persönliche Daten:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsname, falls abweichend: _____

Straße: _____ Ort: _____

Postleitzahl: _____ Telefon: _____

Email-Adresse: _____

Geburtsdatum:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Geburtsort: _____

Geschlecht: weiblich männlich Staatsangehörigkeit: _____

Familienstand: ledig verheiratet geschieden verwitwet

seit

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Bitte geben Sie uns hier Ihre vom Bundesamt für
Finanzen erteilte Identifikations-Nr.(11stellig) an:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. Angaben zum Ehegatten:

Vollständiger Name: _____

Geburtsname: _____

Geburtsdatum:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Geburtsort: _____

Falls verstorben, Todestag:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Geschlecht: weiblich männlich Staatsangehörigkeit: _____

3. Kinder

Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort										
_____	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											_____
_____	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											_____
_____	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											_____
_____	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											_____
_____	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											_____

4. Art und Beginn der jetzigen Berufstätigkeit

Beginn der Tätigkeit:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

angestellter Arzt/Ärztin

Arbeitgeber: _____

Anschrift: _____

Arbeitsstätte: _____

Bitte wenden!

niedergelassener Arzt/Ärztin
 mit Kassenzulassung
 Praxisanschrift: _____

freiberufliche Tätigkeit (z. B. Praxisvertreter, Gutachter, etc.)
 genaue Bezeichnung: _____
 zeitlicher Umfang: _____

5. Bisherige Altersversorgung

Vor Aufnahme der ärztlichen Tätigkeit im Zuständigkeitsbereich der Bezirksärztekammer Koblenz gehörte ich

- keiner anderen ärztlichen Versorgungseinrichtung an.
 folgender/folgenden ärztlichen Versorgungseinrichtung/en an:

Versorgungseinrichtung	von	bis
_____	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
_____	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
_____	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
_____	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
_____	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

 Ort Datum Unterschrift

Datenschutzhinweis:
 Rechtsgrundlage für die Erhebung dieser Daten ist die Satzung der Versorgungseinrichtung der Bezirksärztekammer Koblenz in Verbindung mit dem Heilberufsgesetz (HeilBG) Rheinland-Pfalz in seiner jeweiligen Fassung. Die Daten werden unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorschriften erhoben und verarbeitet.

Stand: Mai 2018

Bitte zurücksenden an: _____

Bezirksärztekammer Koblenz
 - Versorgungseinrichtung -
 Emil-Schüller-Str. 45
 56068 Koblenz

Telefax: 0261/39001-54