

Erhebungsbogen

bitte ausgefüllt zurück an:

Bayerische Apothekerversorgung
Postfach 81 01 09
81901 München

W434/0

(Aktenzeichen bitte stets angeben)

Wird vom Versorgungswerk ausgefüllt

- ☐ Mitglied seit _____ als _____
- ☐ Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt
am _____ zum _____
- ☐ Überleitung
- ☐ Mitgliedschaftsvoraussetzungen nicht gegeben/Ausnahme/
Befreiung vom Versorgungswerk nach
§ _____ der Satzung

Sachbearbeiter: _____ Datum: _____

1. Name: _____ Geburtsname: _____
(nur erforderlich, wenn vom derzeit geführten Namen abweichend)
- Vorname (Rufname): _____ Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich
2. Anschrift: _____
(Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer)
3. Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____
4. Staatsangehörigkeit: _____ seit: _____
(wenn nicht seit Geburt)
5. Telefonisch tagsüber zu erreichen: _____
- E-Mail: _____
6. Steuer-Identifikationsnummer: (Angabe freiwillig)
(Diese 11-stellige ID-Nr. wurde vom Bundeszentralamt für Steuern mitgeteilt)
- _____-_____-_____-_____-_____-_____-_____-_____-_____-_____-_____-
7. Ausbildungsgang in der Bundesrepublik Deutschland nach der Approbationsordnung:
- ☐ Abschluss des 2. Prüfungsabschnitts am: _____ Ort: _____
- ☐ Approbation in der Bundesrepublik Deutschland
erteilt am: _____ durch: _____
8. Gleichwertige Qualifikation in anderen Staaten (z. B. Diplom, Zeugnis o. dgl. - bitte Kopie beifügen)
- erteilt am: _____ durch: _____
9. Mitglied der Apothekerkammer (bitte Nachweis beilegen)
- seit: _____ ☐ Bayern ☐ Rheinland-Pfalz
☐ Baden-Württemberg ☐ Saarland
10. Besteht Berufsunfähigkeit?
- ☐ nein ☐ ja, seit _____ voraussichtlich bis _____
11. Beabsichtigen Sie länger als drei Monate in unserem Zuständigkeitsbereich tätig zu sein?
- ☐ ja ☐ nein, bis wann _____

12. Art der **derzeitigen** Berufstätigkeit:

a) Selbständige Tätigkeit als

☐ Eigentümer(in) der Apotheke

☐ Pächter(in) der Apotheke

Apotheke eröffnet/übernommen am: _____ Betriebserlaubnis erteilt am/zum: _____

Name und Anschrift der Apotheke: _____

b) In einer Apotheke, öffentlichen wissenschaftlichen Anstalt oder pharmazeutischen Unternehmen beschäftigt als

☐ Pharmaziepraktikant(in)

☐ Apotheker(in)

mit einem monatlichen Bruttogehalt von: _____ €

☐ Beamter/Beamtin, Berufssoldat(in)/Soldat(in) auf Zeit (bitte Kopie der Ernennungsurkunde beifügen)

Name, Anschrift des Arbeitgebers/Dienstherrn: _____

In welchem Bundesland tätig? _____

Beginn des derzeitigen Beschäftigungsverhältnisses lt. Arbeitsvertrag/Urkunde: _____

13. **Frühere** Berufstätigkeit:

Waren Sie bisher **im Zuständigkeitsbereich der Bayerischen Apothekerversorgung nach Abschluss des zweiten Prüfungsabschnittes pharmazeutisch tätig?**

Von _____ bis _____ als _____ in _____

Von _____ bis _____ als _____ in _____

14. Unterliegen Sie der **Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung?**

☐ ja, seit _____ ☐ nein, wegen _____

Wenn ja, stellen Sie Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI zugunsten der Bayerischen Apothekerversorgung?

☐ ja

☐ nein

15. Beantragen Sie die Befreiung von der Pflichtmitgliedschaft bei der Bayerischen Apothekerversorgung, wenn einer der Befreiungsgründe nach § 16 Abs. 1 Nr. 1 - 4 oder Nr. 6 und 7 der Satzung vorliegt?

☐ ja (bitte Nachweis beifügen)

☐ nein

16. Sind oder waren Sie **Mitglied einer anderen Apothekerversorgung?**

☐ ja,

☐ nein

und zwar beim Versorgungswerk _____

Bleiben Sie Pflichtmitglied bei diesem Versorgungswerk und beantragen Sie deshalb die Befreiung von der Pflichtmitgliedschaft bei der Bayerischen Apothekerversorgung (§ 16 Abs. 1 Nr. 5 der Satzung)?

☐ ja (bitte Mitgliedschaftsbestätigung des anderen Versorgungswerks beifügen) ☐ nein

Stellen Sie Antrag auf Überleitung (u.a. nur möglich bei einer Mitgliedschaftsdauer von weniger als 60 Kalendermonaten) der dort eingezahlten Beiträge zur Bayerischen Apothekerversorgung, wenn Sie die Pflichtmitgliedschaft dort nicht fortsetzen?

☐ ja

☐ nein

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben:

(Ort) (Datum) (Unterschrift)

Datenschutzrechtlicher Hinweis:

Die Daten werden aufgrund § 42 der Satzung erhoben und unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorschriften verarbeitet.