



Versorgungswerk der  
Zahnärztekammer Berlin  
Klaus - Groth - Str. 3

14050 Berlin

### Erklärung zur Fortführung der Pflichtmitgliedschaft zum Versorgungswerk der Zahnärztekammer Berlin

Absender:	(ggf. neue Anschrift)	ggf. Kontaktadresse:

**Mitglieds-Nr.:** \_\_\_\_\_

Nach meinem Fortzug aus dem Kammerbereich der \_\_\_\_\_ **am** \_\_\_\_\_  
werde ich die Pflichtmitgliedschaft im Versorgungswerk der Zahnärztekammer Berlin entsprechend § 11 Abs. 2  
der Satzung **ab diesem Zeitpunkt freiwillig** fortführen. Alle Rechte und Pflichten gegenüber dem Versorgungs-  
werk der ZÄK Berlin bleiben bestehen.

#### Angaben über den derzeitigen beruflichen Status:

Seit dem \_\_.\_\_.\_\_\_\_

- bin ich tätig im Angestelltenverhältnis. Ich füge die Assistentenerklärung bei.  
(Bitte beachten Sie das beiliegende Merkblatt für angestellte Mitglieder!)
- bin ich selbständig mit einem Auftraggeber (Arbeitnehmerähnliche(r) Selbständige(r)). Ich füge die  
Assistentenerklärung bei.
- bin ich in eigener Praxis / PG oder GP niedergelassen

Praxisanschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon/ Fax: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- bin ich arbeitslos mit Arbeitslosengeldbezug, Meldung erfolgte beim Arbeitsamt in \_\_\_\_\_  
(bitte Kopie des Arbeitslosengeldbescheides beifügen)
- bin ich arbeitslos ohne Arbeitslosengeldbezug  
(bitte Ablehnungsbescheid des Arbeitsamtes beifügen)
- bin ich arbeitsunfähig erkrankt, evtl. Lohnfortzahlung endet(e) am \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_   
(bitte Kopie der Krankschreibung/ bzw. ärztliche Bestätigung für die private Krankenkasse beifügen)
- befinde ich mich im Mutterschutz bzw. Elternzeit voraussichtlich bis zum \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_   
(bitte Kopie der Bestätigung des voraussichtlichen Entbindungstermins beifügen, Geburtsurkunde des Kindes bitte nachreichen)
- übe ich keine zahnärztliche/ tierärztliche Berufstätigkeit aus.
- Sonstiges:** \_\_\_\_\_

**Angaben über die beabsichtigte Beitragszahlung:**

(bei Auslandsaufenthalt bzw. bis zum Zustandekommen einer beitragspflichtigen Pflichtmitgliedschaft in einer anderen berufsständischen Versorgungseinrichtung im Bundesgebiet)

- Sofern möglich beantrage ich hiermit die Befreiung von der Beitragszahlung für den o. a. Sachverhalt.
- Ich beantrage die Entrichtung von freiwilligen Beiträge nach § 28 der Satzung, diese werden anders bewertet als Pflichtbeiträge. Der Beitrag wird monatlich \_\_\_\_\_ EUR betragen.
- Ich erkläre hiermit, dass ich selbständig tätig bin und beantrage die Entrichtung des Regelbeitrages nach § 26 Abs. 1 der Satzung.

Sofern keine Angaben von Ihnen hierzu gemacht werden, wird für Sie der Höchstbeitrag gem. § 26 Abs. 4 der Satzung zur Beitragsentrichtung festgesetzt.

Hinweise an die Verwaltung des Versorgungswerkes:


Mir ist bekannt, dass dem Versorgungswerk der Zahnärztekammer Berlin (VZB) jede Veränderung meines persönlichen sowie beruflichen Status, insbesondere die Tätigkeitsaufnahme umgehend anzuzeigen ist.

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

(Zutreffendes / Nichtzutreffendes ist bitte auszufüllen bzw. zu streichen)