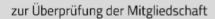
Erhebungsbogen





Sächsische Ärzteversorgung Einrichtung der Sächsischen Landesärztekammer Dr.-Külz-Ring 10 01067 Dresden

☐ Tierärztin/Tierarzt

	Name, Vorname(n) (Rufname bitte untersi	treichen) Geburtsname (wenn abweichend)		
Geburtsdatum	Geschlecht	Telefonnummer / E-Mail-Adresse (Angaben freiwillig)		
	☐ weiblich ☐ männlich			
Privatanschrift (Straß	Be, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)			
	,	seit:		
		55ii.		
2 Angahan zu	r (dorzoitigon) borufeenozifiechen T	ätigkeit in Sachsen (Fortsetzung auf Seite 2, Zutreffendes bitte ankreu.		
2.1 angestellt ärztlic	h / tierärztlich tätig seit (Vertragsbeginn)	als (genaue Bezeichnung)		
o	<u>.</u>			
Arbeitgeber / Anschri	ift			
		Für jede rentenversicherungspflichtige Tätigkeit muss o Befreiung von der gesetzlichen Rentenversicherung		
		Gunsten des berufsständischen Versorgungswerkes beantragt werden (Entscheidung des BSG vom 31.10.2012)		
Ich erhalte ein renter	nversicherungspflichtiges Arbeitsentgelt	 _		
□ ja □ neir		☐ Der Antrag liegt ausgefüllt bei. Ich bitte um Weiterleitung an die Deutsche Rentenversicherung.		
Besteht eine Mehr	fachbeschäftigung □ ja □	nein nein		
Wenn ja,				
- im 2. Ang	gestelltenverhältnis tätig als/seit			
J	<u> </u>			
- Arbeitaet	per (Name/Adresse)			
3				
3				
	ztlich / tierärztlich tätig seit	□ in eigener Niederlassung		
	ztlich / tierärztlich tätig seit	in eigener Niederlassung		
2.2 selbstständig är	-	☐ Honorartätigkeit / Praxisvertreter		
2.2 selbstständig är	-			

2.3 im Beamtenverhältnis / b	oei der Bundeswehr in Sachsen tätig seit	als	
(Bitte Ernennungsurkunde / Nach	weis beifügen)		
Dienststelle (Adresse)			
2.4 ohne ärztliche / tierärztliche Tätigkeit als		seit	
WICHTIG: Bitte jeweils Na	chweis/Vertrag beifügen.		
☐ Student		Ich beantrage für Zeiten ohne ärztliche / tierärztliche Tätigkeit die Befreiung von der Pflichtmitgliedschaft in der Sächsischen Ärzteversorgung gemäß § 10 Abs.1 Nr.4 der Satzung der SÄV.	
☐ Stipendiat / Hospitant / Praktikant			
☐ ohne Tätigkeit			
☐ berufsfremde Tätigkeit		□ ja	
Gastarzt (ohne rentenversicherungspflichtiges Arbeitsentgelt)		☐ nein (Ich zahle für diese Zeiten den Beitrag gemäß der Satzung der SÄV.)	
☐ arbeitslos mit Bezug vo	n ALG I □ ja □ nein	gernals der Catzung	del OAV.)
	<u> </u>		
_	Geburtsurkunde und Nachweis über die Dauer beifügen)		
☐ Rentenbezug (Bitte Nachv	veis beifügen)		
	edschaft in vorherigen berufsständis		n Deutschland bzw.
anderen sozialen Si	cherungssystemen im europäischei	n Wirtschaftsraum.	
von bis	Name der Versorgungseinrich	tung / Versicherungsnummer	Land
Besteht B	erufs <u>un</u> fähigkeit □	nein 🗆 ja (Bitte Nachweis beit	ügen)
Ich bestätige, dass alle	Angaben wahrheitsgemäß und vollst	ändig sind und versichere, dass id	ch bei der bisherigen
	einen Antrag auf Berufsunfähigkeitsren		
Alle Änderungen zu den o	g. Angaben teile ich gemäß § 14 der S	Satzung der Sächsischen Ärzteversor	gung umgehend mit.
Die im Formular gemac	chten Pflichtangaben sind allein zu	r Erfüllung des Versorgungsauftra	ags der Sächsischen
	g und erforderlich. Sie werden auf der		
Ihre Daten werden von de	r Sächsischen Ärzteversorgung unter	Beachtung der datenschutzrechtliche	en Bestimmungen und
	fänger weitergegeben, sofern dies zur g vorliegt, oder eine andere gesetzliche		Anliegens erforderlich
	ehend die veröffentlichte Datenschutze		w.saev.de.
Ort, Datum	Unters	schrift	
Datenschutzrechtliche E	inwilligungserklärung		
Ich bin damit einverstand	en, dass die vorstehend freiwillig ger	machten Angaben zur Vereinfachun	g der Kommunikation
	den Datenschutzregelungen verarbeit jederzeit für die Zukunft, ohne Angab		
	lie Sächsische Ärzteversorgung überm		Doi Widellal Kallii pel
Ort Dature	11	ach vift	
Ort, Datum	Unters	schrift	