Eingaben löschen

Apothekerversorgung Mecklenburg-Vorpommern
Wismarsche Str. 304
19055 Schwerin

Tel.: 0385 / 592 54 –23, -24
Fax: 0385 / 592 54 –25
versorgung@akmv.de

Erhebungsbogen

(Bitte in Druckschrift ausfüllen)

1. Name:_____ Geburtsname:_____

   Vorname:_____ Geburtsdatum:_____

2. Familienstand: ☐ ledig ☐ verwitwet ☐ geschieden
   ☐ verheiratet ☐ eingetragene Lebenspartnerschaft

   Wohnanschrift:_____

   Telefon, E-Mail:_____
   (Angabe freiwillig)

	Ja	Nein[1)]
3. Sind Sie Pflichtmitglied in der gesetzlichen Rentenversicherung?	☐	☐
4. Beabsichtigen Sie die volle Mitgliedschaft in der Apothekerversorgung?	☐	☐
<u>oder</u>		
5. Beabsichtigen Sie die Mitgliedschaft in Höhe von 2/10 des für Sie maßgebenden Pflichtversicherungsbeitrages ? (nur für Angestellte ohne Befreiung von der gesetzlichen Rentenversicherung)	☐	☐
6. Beabsichtigen Sie die Zahlung zusätzlicher Versorgungsabgaben gem. § 32 der Satzung?[2)]	☐	☐
7. Sind Sie befristet bis maximal drei Monate im Kammerbereich pharmazeutisch tätig?	☐	☐
8. Sind Sie Mitglied bei einer anderen Apothekerversorgung?	☐	☐
- bei welcher? _____		
- seit wann? _____		
- Mitgliedsnummer _____		
- Wünschen Sie eine verlustlose Überleitung an die Apothekerversorgung Mecklenburg-Vorpommern? (nur möglich bei Mitgliedschaft von maximal 60 Monaten im alten Versorgungswerk)	☐	☐
9. Sind Sie als nicht selbständig Erwerbstätiger bereits zuvor und auch weiterhin in einem anderen Kammerbereich tätig und entrichten dort Pflichtbeiträge aus dem gesamten beruflichen Einkommen?	☐	☐

---

1) Zutreffendes ist anzukreuzen
2) Zuzahlung bis zu weiteren 10/10 des Beitrages

		Ja	Nein[3)]
10.	Art der Berufstätigkeit:		
10.1.	Eigentümer einer Apotheke	☐	☐
10.2.	Pächter einer Apotheke	☐	☐
10.3.	Angestellter einer öffentlichen Apotheke	☐	☐
10.4.	Angestellter in einer Krankenhausapotheke	☐	☐
10.5.	Angestellter einer öffentlichen bzw. wissenschaftlichen Einrichtung	☐	☐
10.6.	Industrieapotheker	☐	☐
10.7.	Beamter (bitte Ablichtung der Ernennungsurkunde beifügen)	☐	☐
10.8.	Berufssoldat oder Soldat auf Zeit (bitte Ablichtung der Ernennungsurkunde beifügen)	☐	☐
10.9.	Grundwehrdienst, Zivildienst (bitte Ablichtung des Einberufungsbescheides beifügen)	☐	☐

11. Datum der Approbation _____
(bitte Ablichtung der Approbationsurkunde beifügen)

12. Genaue Angabe des Apothekenbetriebes bzw. der Arbeitsstätte:

Datum der Arbeitsaufnahme (lt. Vertrag) _____

_____
(Bezeichnung der Apotheke, Name der Firma/Behörde)

_____
(Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Telefon)

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben:

_____ _____
Ort/Datum Unterschrift/Stempel

[3)] Zutreffendes ist anzukreuzen