

# Erhebungsbogen

Bitte zurück an die Tierärzteversorgung Niedersachsen  
Gutenberghof 7, 30159 Hannover

1. Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Titel: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl/Ort: \_\_\_\_\_

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

E-Mail: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Geschlecht:  weiblich  männlich

Familienstand:  ledig  verheiratet/verpartnert  verwitwet  geschieden

## 2. Ich bin Mitglied der Tierärztekammer

Niedersachsen  Schleswig-Holstein  Hamburg  Bremen seit \_\_\_\_\_

Datum der Approbation \_\_\_\_\_ oder Datum der Berufserlaubnis: \_\_\_\_\_

## 3. Ich habe Mitgliedszeiten bei folgenden berufsständischen Versorgungswerken:

Versorgungswerk	Mitgliedszeitraum
_____	vom _____ bis _____
_____	vom _____ bis _____
_____	vom _____ bis _____

Ich beantrage die Beitragsüberleitung zur Tierärzteversorgung Niedersachsen

Versorgungswerk: \_\_\_\_\_

Dortige Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

Hinweis: Eine Beitragsüberleitung ist nur möglich, sofern in der abgebenden Versorgungseinrichtung für nicht mehr als 96 Monate Beiträge entrichtet wurden und das 50. Lebensjahr zum Zeitpunkt der Aufnahme der Tätigkeit im neuen Kammerbereich noch nicht vollendet ist.

4. Ich bin in  Niedersachsen  Schleswig-Holstein  Hamburg  Bremen

ab \_\_\_\_\_

**angestellte/r Tierärztin/Tierarzt**

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Anschrift des Arbeitgebers: \_\_\_\_\_

Betriebsnummer des Arbeitgebers: \_\_\_\_\_

Haben Sie bereits elektronisch die Befreiung von der Versicherungspflicht beantragt? Falls nicht, siehe auf unserer Homepage unter: **Mitglieder – Elektronisches GRV-Befreiungsverfahren.**

**niedergelassene/r Tierärztin/Tierarzt**

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

**selbstständig tierärztlich tätig (z. B. Praxisvertreter auf Honorarbasis)**

Art der Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Tätigkeitsort: \_\_\_\_\_

**Beamtin/Beamter**

**Sanitätsoffizier/in**

Dienstherr: \_\_\_\_\_

(bitte Ernennungsurkunde beifügen)

Ich bin von der Mitgliedschaft ausgenommen.

**ohne tierärztliche Tätigkeit (Doktorand ohne Einkünfte, Stipendiat, arbeitslos)**

Ich bin von der Mitgliedschaft ausgenommen.

5. Ich beziehe bereits eine Vollrente wegen Alters

Ja (bitte Rentenbescheid beifügen)

Nein

6. Erklärung zum Status bei Berufsunfähigkeit

Ich bin bei Beginn der Mitgliedschaft in der Tierärzteesversorgung Niedersachsen berufsunfähig.

Ja (bitte Nachweise beifügen)

Nein

Falls „Ja“, bitte ankreuzen:

berufsunfähig

teilweise berufsunfähig

Arbeitserprobung

Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragt

aktueller Leistungsbezug wegen Berufsunfähigkeit

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Informationen zum Datenschutz finden Sie unter [www.tivn.de](http://www.tivn.de)