

# Erhebungsbogen

Mitgliedsnummer

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: \_\_\_\_\_

Ich beantrage die Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung  
(bitte Antrag beifügen)

**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 zur Berufsfähigkeit**

Ich bin bei Beginn der Mitgliedschaft in der Tierärzteversorgung Niedersachsen nicht berufsunfähig oder teilweise berufsunfähig und befinde mich nicht in einer Arbeitserprobung. Des Weiteren beziehe ich aktuell keine Leistung wegen Berufsunfähigkeit und habe diese auch nicht beantragt.

(Sollte diese Erklärung unzutreffend sein, bitten wir um nähere Angaben und um Vorlage entsprechender Nachweise.)

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

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