



## 1. Persönliche Daten:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsname, falls abweichend: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Email-Adresse: \_\_\_\_\_

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

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

Familienstand:  ledig  verheiratet  geschieden  verwitwet

seit

Bitte geben Sie uns hier Ihre vom Bundesamt für  
Finanzen erteilte Identifikations-Nr.(11stellig) an:

## 2. Angaben zum Ehegatten:

Vollständiger Name: \_\_\_\_\_

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

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

Falls verstorben, Todestag:

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

## 3. Kinder

Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____
_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____
_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____
_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____
_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____

## 4. Art und Beginn der jetzigen Berufstätigkeit

Beginn der Tätigkeit:         Befristung der Tätigkeit bis:

angestellter Arzt/Ärztin Arbeitnehmerüberlassung:  ja  nein

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

Anschrift: \_\_\_\_\_

Arbeitsstätte: \_\_\_\_\_

Monatliches Bruttogehalt (ca.): \_\_\_\_\_ EUR

**Bitte wenden!**

Arzt/Ärztin in eigener Praxis

mit Kassenzulassung  ausschließlich privatärztlich

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

freiberufliche Tätigkeit (z. B. Praxisvertreter, Gutachter, etc.)

genaue Bezeichnung: \_\_\_\_\_

zeitlicher Umfang: \_\_\_\_\_

monatlicher Umsatz ca.: \_\_\_\_\_ EUR

Bitte teilen Sie uns jegliche Verlängerung/Änderung Ihrer Tätigkeit im Bereich der Bezirksärztekammer Koblenz oder jede weitere Tätigkeitsaufnahme unverzüglich mit.

### 5. Bisherige Altersversorgung

Vor Aufnahme der ärztlichen Tätigkeit im Zuständigkeitsbereich der Bezirksärztekammer Koblenz gehörte ich

- keiner anderen ärztlichen Versorgungseinrichtung an.
- folgender/folgenden ärztlichen Versorgungseinrichtung/en an:

Versorgungseinrichtung	von	bis
_____	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
_____	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
_____	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
_____	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
_____	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

\_\_\_\_\_  
Ort Datum Unterschrift

#### Datenschutzhinweis:

Rechtsgrundlage für die Erhebung dieser Daten ist die Satzung der Versorgungseinrichtung der Bezirksärztekammer Koblenz in Verbindung mit dem Heilberufsgesetz (HeilBG) Rheinland-Pfalz in seiner jeweiligen Fassung. Die Daten werden unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorschriften erhoben und verarbeitet.

Stand: August 2021

#### Bitte zurücksenden an:

Bezirksärztekammer Koblenz  
- Versorgungseinrichtung -  
Bubenheimer Bann 12  
56070 Koblenz

Telefax: 0261/947 637 - 99