



Versorgungswerk der  
Zahnärztekammer Berlin  
Klaus-Groth-Str. 3

14050 Berlin

## Erklärung zur Fortführung der Pflichtmitgliedschaft zum Versorgungswerk der Zahnärztekammer Berlin

Absender:	(evtl. neue Anschrift)	ggf. Kontaktadresse:

### Mitglieds-Nr.:

Nach meinem Fortzug aus dem Kammerbereich der Zahnärztekammer \_\_\_\_\_ **am** \_\_\_\_\_  
werde ich die Pflichtmitgliedschaft im Versorgungswerk der Zahnärztekammer Berlin entsprechend § 11 Abs. 2  
der Satzung **ab diesem Zeitpunkt freiwillig** fortführen. Alle Rechte und Pflichten gegenüber dem  
Versorgungswerk der ZÄK Berlin bleiben bestehen.

Seit dem \_\_. \_\_. \_\_\_\_

- bin ich tätig im Angestelltenverhältnis. Ich füge die Assistentenerklärung bei.  
(Bitte beachten Sie das beiliegende Merkblatt für angestellte Mitglieder!)
- bin ich selbständig mit einem Auftraggeber (Arbeitnehmerähnliche(r) Selbständige(r)). Ich füge die  
Assistentenerklärung bei.
- bin ich in eigener Praxis / PG oder GP niedergelassen

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

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

- bin ich arbeitslos mit Arbeitslosengeldbezug, Meldung erfolgte beim Arbeitsamt in \_\_\_\_\_  
(bitte Kopie des Arbeitslosengeldbescheides beifügen)
- bin ich arbeitslos ohne Arbeitslosengeldbezug  
(bitte Ablehnungsbescheid des Arbeitsamtes beifügen)
- bin ich arbeitsunfähig erkrankt, evtl. Lohnfortzahlung endet(e) am \_\_. \_\_. \_\_\_\_  
(bitte Kopie der Krankschreibung/ bzw. ärztliche Bestätigung für die private Krankenkasse beifügen)

befinde ich mich im Mutterschutz bzw. Erziehungsurlaub voraussichtlich bis zum \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_ (bitte Kopie der Bestätigung des voraussichtlichen Entbindungstermins beifügen, Geburtsurkunde des Kindes bitte nachreichen)

übe ich keine zahnärztliche/ tierärztliche Berufstätigkeit aus.

Sonstiges: \_\_\_\_\_

---

Sofern möglich beantrage ich hiermit die Befreiung von der Beitragszahlung für den o.a. Sachverhalt und bitte um Mitteilung über die Möglichkeiten der Entrichtung freiwilliger Beiträge.

Hinweise an die Verwaltung des Versorgungswerkes:


Mir ist bekannt, daß dem Versorgungswerk der Zahnärztekammer Berlin (VZB) jede Veränderung meines beruflichen Status, insbesondere die Tätigkeitsaufnahme umgehend anzuzeigen ist.

***Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben.***

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

(Zutreffendes / Nichtzutreffendes ist bitte auszufüllen bzw. zu streichen)