



## Erklärung über das aktuelle Angestelltenverhältnis

Name \_\_\_\_\_ Vorname/n \_\_\_\_\_

Ich bin ab \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Ort / PLZ \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

als angestellte/r Zahnärztin/Zahnarzt oder Tierärztin/Tierarzt tätig.

(zutreffendes bitte unterstreichen bzw. ankreuzen)

alte Bundesländer einschließlich Westberlin   
Stadtbezirk \_\_\_\_\_

neue Bundesländer einschließlich Ostberlin   
Stadtbezirk \_\_\_\_\_

Zugehörigkeit zur Krankenkasse \_\_\_\_\_ wöchentliche Arbeitszeit ca. \_\_\_\_\_ Stunden

mein monatliches Bruttogehalt als Angestellte/r beträgt ca. \_\_\_\_\_ EUR

ich beziehe kein Gehalt, sondern ein mtl. Honorar von ca. \_\_\_\_\_ EUR

Die Beiträge zum Versorgungswerk der Zahnärztekammer Berlin betragen ab dem **01.01.2020** = **18,6 %** vom monatlichen Bruttogehalt bei Einhaltung der jeweiligen Beitragsbemessungsgrenzen und sind bis zum 3. Werktag eines jeden Monats fällig.

<b><u>Hinweis:</u></b>	<b>West</b>	<b>Ost</b>
Beitragsbemessungsgrenze 2020 monatlich	6.900,00 EUR	6.450,00 EUR
Höchstbeitrag somit monatlich	1.283,40 EUR	1.199,70 EUR

Liegt der monatliche Beitrag unter dem Höchstbetrag, gelten für Einmalzahlungen, wie zum Beispiel Urlaubs- / Weihnachtsgeld, Sonderregelungen.

Ich verpflichte mich, **jede Änderung** meines Personen- bzw. Berufsstandes, der Wohnanschrift, Arbeitgeberwechsel sowie Arbeitslosigkeit o.ä. der Aktenführenden Stelle **unverzüglich mitzuteilen**.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

