



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 **01.01.2025** = **18,6 %** vom monatlichen Bruttogehalt bei Einhaltung der jeweiligen Beitragsbemessungsgrenzen und sind bis zum 3. Werktag eines jeden Monats fällig.

Hinweis:

Einheitlich

Beitragsbemessungsgrenze 2025 8.050,00 EUR

monatlich Höchstbeitrag somit monatlich 1.497,30 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

