

Zurück an die

**Zahnärzterversorgung Sachsen
Schützenhöhe 11
01099 Dresden**

Überleitungsantrag

(Bitte in zweifacher Ausfertigung einreichen!)

1. Personalien

Name, Vorname: _____

geb. am: _____

Anschrift: _____

Ist ein Scheidungs- oder Versorgungsausgleichsverfahren anhängig? Ja Nein

2. Tätigkeit im Bereich der neu zuständigen Versorgungseinrichtung

Ich bin im Bereich der **Landes Zahnärztekammer Sachsen – Zahnärzterversorgung**

seit _____ angestellt in eigener Niederlassung berufstätig.

Arbeitgeber- / Praxisanschrift: _____

3. Mitgliedschaft in der bisher zuständigen Versorgungseinrichtung

Name der Einrichtung: _____

Meine dortige Mitglieds-Nr.: _____

Dauer der Mitgliedschaft: vom _____ bis _____

4. Antrag

Ich beantrage hiermit, meine an die unter Punkt 3 genannte bisherige Versorgungseinrichtung geleisteten Beiträge bzw. Versorgungsabgaben zu meinen Gunsten an die Zahnärzterversorgung Sachsen, Schützenhöhe 11, 01099 Dresden überzuleiten.

Ich versichere, dass ich bei meiner bisherigen Versorgungseinrichtung keine Berufsunfähigkeitsrente beantragt habe und zum Zeitpunkt der Verlegung der Berufsausübung nicht berufsunfähig gewesen bin.

Ort, Datum

Unterschrift