

Bitte bei **Veränderungen** ausgefüllt und unterschrieben zurücksenden oder faxen (04551/803-150) an die:

Mitglieds-Nr.:

3

Versorgungseinrichtung
der Ärztekammer Schleswig-Holstein
Postfach 11 06
23781 Bad Segeberg

Meine **neue Anschrift** lautet: _____

Mein **neuer Arbeitgeber** heißt: _____
_____ ab/seit: _____

Ich bin **ohne ärztliche Tätigkeit** seit: _____
Ich beantrage die Zahlung der Mindestabgabe Zahlung von monatlich € _____ ab _____
 beitragsfreie Mitgliedschaft.
Es besteht ein Anspruch auf Arbeitslosengeld/ALG II seit: _____
bei der Agentur für Arbeit/dem Jobcenter: _____ Kunden-Nr.: _____

Ich beziehe **Krankengeld** seit: _____ Krankenkasse: _____
Ich beantrage die Zahlung der Mindestabgabe Zahlung von monatlich € _____ ab _____
 beitragsfreie Mitgliedschaft. Ich habe bei meiner Krankenkasse einen Antrag auf Übernahme der
Rentenversicherungsbeiträge an die Versorgungseinrichtung gestellt.

Ich befinde mich im **Mutterschutz***) ab/seit: _____ bis: _____

Ich nehme die **Elternzeit***) in Anspruch vom: _____ bis: _____

Ich beantrage die Zahlung der Mindestabgabe Zahlung von monatlich € _____ ab _____
 beitragsfreie Mitgliedschaft.

*) Bitte fügen Sie eine **Bescheinigung über den vorauss. Entbindungstermin** bzw. eine **Kopie der Geburtsurkunde** bei.

Sonstiges: _____

SEPA-Lastschriftmandat**) / **neue Bankverbindung:** Hiermit ermächtige ich Sie, Zahlungen von meinem Konto bis
auf Widerruf mittels Lastschrift einzuziehen:

IBAN _____

BIC _____

Kreditinstitut _____

Beginn des Mandats: _____

) **Hinweis: Bitte evtl. bestehenden Dauerauftrag widerrufen!

Ort

Datum

Unterschrift