



Ärztekammer des Saarlandes  
– Versorgungswerk –  
Postfach 10 02 62  
66002 Saarbrücken

## Änderungsmitteilung

Name	Vorname	Titel	
Geburtsdatum	Mitgliedsnummer		
Straße und Hausnummer			
Postleitzahl	Ort		
Telefon	Fax	E-Mail	

<input type="checkbox"/> <b>Namensänderung</b> (Bitte Kopie der Namensänderungsurkunde beifügen!)		
Name	Vorname	gültig ab
ehemaliger Name		

<input type="checkbox"/> <b>Adressänderung</b>		
Straße und Hausnummer		
Postleitzahl	Ort	
Telefon	Fax	E-Mail
gültig ab		

<input type="checkbox"/> <b>Änderung der Bankverbindung</b>		
Name der Bank	gültig ab	
BIC		
IBAN (International Bank Account Number)		
Kontoinhaber		

- Aufnahme einer neuen Tätigkeit**
- Aufnahme einer zusätzlichen Tätigkeit (die bisherige Tätigkeit wird weiterhin ausgeübt)**

**Berufsbezogene Tätigkeit im Angestelltenverhältnis als Arzt, Zahnarzt**

		ab	bis
Arbeitgeber			
Straße und Hausnummer			
Postleitzahl	Ort		
Telefon	Fax	E-Mail	

**Berufsfremde Tätigkeit im Angestelltenverhältnis**

Angestellt als		ab	bis
Arbeitgeber			
Straße und Hausnummer			
Postleitzahl	Ort		

**Selbständige Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt**

<input type="checkbox"/> <b>Niedergelassen</b> <input type="checkbox"/> <b>Praxisvertreter</b>		ab	bis
Praxis			
Straße und Hausnummer			
Postleitzahl	Ort		
Telefon	Fax	E-Mail	
<input type="checkbox"/> <b>Sonstige Tätigkeit</b>		ab	bis
Tätig als			
Straße und Hausnummer			
Postleitzahl	Ort		
Telefon	Fax	E-Mail	

Sonstiges		
<input type="checkbox"/> Beamter / Sanitätsoffizier <sup>1, 2)</sup>	ab	ab
Dienststelle	Dienststellung	
Straße und Hausnummer		
Postleitzahl	Ort	

Zeiten ohne berufsbezogene Tätigkeit		
<input type="checkbox"/> Arbeitslosigkeit	ab	bis
Leistungsbezug	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Agentur für Arbeit	Kundennummer	
<input type="checkbox"/> Ende Lohnfortzahlung	ab	bis
<input type="checkbox"/> Bezug von Krankengeld aus einer gesetzlichen Krankenversicherung		ab
<input type="checkbox"/> Mutterschutz <sup>2)</sup>	ab	bis
<input type="checkbox"/> Elternzeit <sup>2)</sup>	ab	bis
<input type="checkbox"/> Nicht erwerbsmäßige Pflegetätigkeit <sup>2)</sup> i.S.v. § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI	ab	bis
<input type="checkbox"/> Keine Ausübung einer berufsbezogenen Tätigkeit	ab	bis

Sonstige Veränderungen und Bemerkungen

<sup>1)</sup> Zutreffendes bitte unterstreichen

<sup>2)</sup> Bitte fügen Sie entsprechende Nachweise bei

**Hinweis nach § 12 Abs. 1 Saarländisches Datenschutzgesetz:**

Rechtsgrundlage für die Erhebung dieser Daten ist § 12 Abs. 2 der Satzung des Versorgungswerkes der Ärztekammer des Saarlandes. Sie werden unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorschriften verarbeitet.

**Ich verpflichte mich hiermit, dem Versorgungswerk der Ärztekammer des Saarlandes unverzüglich jede Änderung in den Grundlagen zur Beitragsveranlagung mitzuteilen.**

Ort, Datum

Unterschrift