

Stempel des Krankenhauses

**per Fax: 0261/39001-54**  
Bezirksärztekammer Koblenz  
- Versorgungseinrichtung -  
Emil-Schüller-Str. 45

56068 Koblenz

### **Zugangs-/Abgangsmeldung**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Straße, Ort: \_\_\_\_\_

hat am: \_\_\_\_\_  ärztliche Tätigkeit aufgenommen

die ärztliche Tätigkeit beendet

#### **Bei Tätigkeitsaufnahme**

Besteht Versicherungspflicht in der Deutschen Rentenversicherung: ja  nein

Wurde eine Befreiung von der Versicherungspflicht in der Deutschen  
Rentenversicherung gemäß § 6 Abs. 1 Nr.1 SGB VI ausgesprochen: ja  nein

Besteht bereits eine Mitgliedschaft bei einer berufsständischen  
Versorgungseinrichtung: ja  nein

Wenn ja, bei welcher? \_\_\_\_\_

#### **Bei Beendigung der Tätigkeit**

Anschrift des neuen Arbeitgebers (sofern bekannt):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)