

VERSORGUNGSWERK der
Landesapothekerkammer Hessen
Postfach 90 06 43
60446 Frankfurt am Main

Freiwillige Fortführung der Mitgliedschaft im Versorgungswerk der Landesapothekerkammer Hessen

Mitgliedsnummer: _____

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Hiermit erkläre ich gegenüber dem Versorgungswerk der Landesapothekerkammer Hessen, dass ich meine Mitgliedschaft im Versorgungswerk der Landesapothekerkammer Hessen gemäß § 15 der Satzung mit allen sich daraus ergebenden Rechten und Pflichten aufrechterhalten will.

Meine Mitgliedschaft in der Landesapothekerkammer Hessen endete zum: _____

Ich bestätige, dass ab: _____ keine Pflichtmitgliedschaft oder Pflichtversicherung bei einer anderen öffentlich rechtlichen Versorgungseinrichtung, insbesondere der Deutschen Rentenversicherung, in einer anderen Versorgungseinrichtung im Sinne der Verordnung (EG 883/2004) oder einer anderen berufsständischen Versorgungseinrichtung besteht und keine Berufung in das Beamtenverhältnis oder Verpflichtung als Berufssoldat vorliegt.

Ich habe Leistungen der Bundesagentur für Arbeit ab _____ beantragt.

Änderungen der für die freiwillige Mitgliedschaft maßgeblichen Verhältnisse sind dem Versorgungswerk unverzüglich anzuzeigen.

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____

Sie können uns das Formular auch per Fax zukommen lassen (Durchwahl – 66)