

Landesapothekerkammer Hessen  
- Versorgungswerk -  
Am Leonhardsbrunn 5  
60487 Frankfurt

**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 endet/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 (EWG 1408/71) oder einer anderen berufsständischen Versorgungseinrichtung besteht sowie keine Berufung in das Beamtenverhältnis oder Verpflichtung als Berufssoldat vorliegt.

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

Ort/Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_