

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)**