

**Altersversorgungswerk
der Zahnärztekammer Niedersachsen
Zeißstraße 11a
30519 Hannover**

Telefon: 0511 21570-100
E-Mail: mitgliederverwaltung@avw-nds.de
www.avw-nds.de

SELBSTAUSKUNFT

Mitgliedsnummer
<input type="text"/>

Name	Vorname	Titel	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Geburtsdatum	ggf. Geburtsname	Geschlecht	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	
Familienstand		Bitte teilen Sie uns jede Veränderung Ihres Familienstandes unverzüglich mit.	
<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verpartnert			

Steuer-Identifikationsnummer	Sozialversicherungsnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>

ggf. Angaben zum Ehegatten / zum/zur eingetragenen Lebenspartner/in*		
Name	Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geschlecht		
<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers		

*Bitte senden Sie uns eine Kopie der Heirats-/Lebenspartnerschaftsurkunde zu..

<p>1. Waren Sie Mitglied einer anderen berufsständischen Versorgungseinrichtung in der Bundesrepublik Deutschland?</p>	ja	nein
<p>Beantragen Sie eine verlustlose Beitragsüberleitung in das AVW? (Eine Überleitung von der gesetzlichen Rentenversicherung (z.B. DRV) ist nicht möglich!)</p>	ja	nein
<p>2. Sind Sie bei Beginn der Mitgliedschaft zur ZKN Beamtin/Beamter, Berufssoldatin/Berufssoldat, Soldatin/Soldat auf Zeit? (Falls ja, reichen Sie bitte einen Nachweis, z.B. Wehrdienstzeitbescheinigung, ein, da beim Vorliegen der Voraussetzung gem. § 9 Abs. 1 Ziff. 1 ABH die AVW-Mitgliedschaft ruht.)</p>	ja	nein
<p>3. Besitzen Sie anstelle der deutschen Approbation die Erlaubnis zur Ausübung der Zahnheilkunde gem. § 13 des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde (ZHG)? (Falls ja, beginnt die AVW-Mitgliedschaft gem. § 9 Abs. 2 Ziffer 4 ABH nicht. Auf Antrag kann eine Mitgliedschaft gem. § 12 Abs. 1 ABH begründet werden.)</p>	ja	nein
<p>4. Sind Sie seit Beginn Ihrer Mitgliedschaft zur ZKN auch weiterhin Pflichtmitglied einer anderen Zahnärztekammer und Pflichtmitglied der zugehörigen zahnärztlichen Versorgungseinrichtung außerhalb Niedersachsens? (Falls ja, reichen Sie bitte die Mitgliedsbestätigungen der Kammer und der Versorgungseinrichtung ein, da beim Vorliegen der Voraussetzungen gem. § 9 Abs. 1 Ziff. 4 ABH die AVW-Mitgliedschaft nicht beginnt.)</p>	ja	nein

<p>_____</p>	<p>_____</p>	<p>_____</p>
<p>Datum</p>	<p>Ort</p>	<p>Unterschrift</p>