



**Versorgungswerk der
Tierärztekammer Nordrhein
Benrather Straße 8
40213 Düsseldorf**

Bitte senden Sie das gesamte
Formular postalisch oder per Fax an:
0211 13902-890
oder per E-Mail an:
info@vtnr.de

Überleitungsantrag

1. Angaben zur Person

Name, Vorname				
<input type="text"/>				
Geburtsname				
<input type="text"/>				
				Geburtsdatum
Geschlecht	männlich	weiblich	divers	ohne Eintrag <input type="text"/>
Geburtsort				Staatsangehörigkeit
<input type="text"/>				
Straße, Hausnummer				
<input type="text"/>				
Postleitzahl, Wohnort				
<input type="text"/>				
Familienstand	ledig	verwitwet	geschieden	verheiratet/eingetragene Lebenspartnerschaft
Ist ein Scheidungs-/ Versorgungsausgleichsverfahren anhängig?			Ja	Nein



2. Angaben zur Tätigkeit in der neuen Versorgungseinrichtung

Ich bin selbstständig tierärztlich tätig seit _____

Ich bin angestellt tierärztlich tätig seit _____

Tätigkeitsadresse (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)

3. Bisher zuständige Versorgungseinrichtung

Name der Versorgungseinrichtung

Straße, Hausnummer der Versorgungseinrichtung

Postleitzahl, Ort der Versorgungseinrichtung

Mitgliedschaftszeitraum

_____ bis _____

Mitgliedsnummer

4. Neu zuständige Versorgungseinrichtung

Ich beantrage hiermit, meine bisher an die unter Punkt 3 genannte Versorgungseinrichtung geleisteten Beiträge an die neu zuständige Versorgungseinrichtung überzuleiten.

Name der Versorgungseinrichtung

Straße, Hausnummer der Versorgungseinrichtung

Postleitzahl, Ort der Versorgungseinrichtung

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift