

Überprüfung der Mitgliedschaft in der Sächsischen Ärzteversorgung (SÄV)

Rechtsgrundlage der Erhebung ist § 14 der Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung, unter Beachtung aller geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften.

Sächsische Ärzteversorgung

Einrichtung der Sächsischen Landesärztekammer

Postfach 100 451

01074 Dresden

* zutreffendes bitte ankreuzen und unterstreichen

Ärztin* / Arzt*

Tierärztin* / Tierarzt*

1. Angaben zur Person

Titel/ akademischer Grad		Name, Vorname		Geburtsname/ früher geführter Name	
Geburtsdatum		Geburtsort		Staatsangehörigkeit	
Familienstand		Privatanschrift/ Straße, Hausnummer			
Land	Postleitzahl	Wohnort		Telefon privat	
Besteht eine Schwerbeschädigung/ Behinderung		<input type="checkbox"/> ja (Bitte Nachweis beifügen)		<input type="checkbox"/> nein	
Besteht Berufs-/ Erwerbsunfähigkeit		<input type="checkbox"/> ja (Bitte Bescheid beifügen)		<input type="checkbox"/> nein	
Besteht eine Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzl. Rentenversicherung				<input type="checkbox"/> ja (Bitte Bescheid beifügen)	
				<input type="checkbox"/> nein	

2. Angaben zur Sächsischen Landesärztekammer (SLÄK)/ Landestierärztekammer (SLTÄK)

Registriernummer der SLÄK/ SLTÄK	Approbation/ Berufserlaubnis seit	Pflichtmitglied seit	freiwilliges Mitglied seit
----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------	----------------------------

3. Angaben zur beruflichen Tätigkeit

ohne ärztliche/ tierärztliche Tätigkeit (seit, bis)		als (z.B. arbeitslos, berufsfremde Tätigkeit)	
angestellt tätig seit	als	Bruttogehalt/ Monat	EUR
Arbeitsstätte/ Klinik, Abteilung (Adresse)		Telefon	
selbständig tätig seit	als	reines Berufseinkommen	EUR
Praxisanschrift		Telefon	

