

Mitgliedsnummer (falls vorhanden): \_\_\_\_\_  
Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
geboren am: \_\_\_\_\_  
wohnhaft (Straße, PLZ, Ort): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Zurück an das  
Versorgungswerk der  
Zahnärztekammer Westf.-Lippe  
Postfach 88 43  
48047 Münster**

### **Antrag auf Befreiung von der Pflichtmitgliedschaft**

Es liegen die Befreiungsvoraussetzungen für die Pflichtmitgliedschaft im Versorgungswerk der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe für mich vor, weil ich **(Zutreffendes bitte ankreuzen!)**

- den zahnärztlichen Beruf nicht ausübe;
- als Beamter/in, Soldat/in oder Angestellter/e Anspruch auf Ruhegehalt und Hinterbliebenenversorgung nach beamtenrechtlichen Bestimmungen habe;
- nur eine befristete Berufsausübungserlaubnis habe und nicht niedergelassen bin;
- nur eine vorübergehende, drei Monate nicht überschreitende Tätigkeit im Kammerbereich übernehme.

#### **Somit beantrage ich:**

- die Befreiung von der Pflichtmitgliedschaft im Versorgungswerk der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe.

oder trotz Vorliegens der Befreiungsvoraussetzungen

- die Zahlung der allgemeinen Pflichtabgabe (zzt. monatlich 1.311,30 €)
- die Zahlung des Mindestbeitrages (zzt. monatlich 262,26 €).

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

#### **Hinweis:**

Liegen die Voraussetzungen zur Befreiung vor, wirkt die Befreiung vom Vorliegen der Befreiungsvoraussetzungen an, wenn die Befreiung ab diesem Zeitpunkt innerhalb von 6 Monaten beantragt wird. Nach Ablauf dieser Frist wirkt der Antrag ab dem Folgemonat des Antragseingangs.

Die Befreiung kann widerrufen werden, wenn die Gründe, die zur Befreiung geführt haben, weggefallen sind. Der Kammerangehörige ist verpflichtet, dem Versorgungswerk den Fortfall der Befreiungsvoraussetzung unverzüglich anzuzeigen.