

ERHEBUNGSBOGEN

Zurück an das
VERSORGUNGSWERK DER
ZAHNÄRZTEKAMMER WESTF.-LIPPE
Postfach 82 40
48044 Münster

Persönliche Daten

Name: _____ Vorname: _____

Geburtstag: _____ Geburtsort: _____

Familienstand: ledig verheiratet Staatsangehörigkeit: _____

Geschlecht: weiblich männlich ohne Eintrag divers

Ist ein Scheidungs- oder Versorgungsausgleichsverfahren anhängig: ja nein

Straße / Haus-Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon-Nr. privat: _____ dienstlich: _____

E-Mail-Adresse: _____

Mitglied der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe seit: _____

Meine vom Bundeszentralamt für Steuern
zugeteilte Identifikationsnummer lautet: _____

Beginn und Art der jetzigen Berufstätigkeit

Beginn der Tätigkeit im Kammerbereich Westfalen-Lippe: _____

als

Angestellte/r Zahnärztin/Zahnarzt Assistenz Zahnärztin/-zahnarzt

Arbeitgeber: _____

Anschrift: _____

Niedergelassene/r Zahnärztin/Zahnarzt

Praxisanschrift: _____

freiberufliche Tätigkeit (z.B. Vertreter/in, Gutachter/in, etc.)

genaue Bezeichnung: _____

sonstige Tätigkeit (z.B. Beamte/r, Gastzahnärztin/arzt, etc.)

genaue Bezeichnung: _____

zurzeit keine Ausübung der zahnärztlichen Tätigkeit /seit wann: _____

ja, Leistungen von der Agentur für Arbeit werden gewährt seit dem: _____

Bitte wenden!

