



An die
Ärztekammer Hamburg
Versorgungswerk
Stadthausbrücke 12
20355 Hamburg

VERSORGUNGSWERK DER
**ÄRZTEKAMMER
HAMBURG**
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Mitglieds.-Nr.: _____

Name, Vorname: _____

Änderung der persönlichen Daten:

Neue Anschrift: _____

Telefon-Nr.: _____ Email-Adresse: _____

verheiratet eingetragene Lebenspartnerschaft seit _____ (Kopie der Heirats- bzw. Lebenspartnerschaftsurkunde und ggf. eines Nachweises über die Namensänderung beifügen)

Änderung der Tätigkeit:

ab: _____

Neuer Arbeitgeber (Name und Anschrift): _____

Niedergelassen (Anschrift): _____

Freiberuflich tätig (z.B. Praxisvertreter)

Beamter/Soldat (Kopie der Ernennungsurkunde bzw. Wehrdienstzeitbescheinigung beifügen)

Wehr-/Zivildienst oder Wehr-/Eignungsübung (Kopie des Einberufungsbescheides beifügen)

unentgeltliche Tätigkeit (Bescheinigung des Arbeitgebers oder Kopie des Arbeitsvertrages beifügen)

Unterbrechung der Tätigkeit:

von: _____ bis _____

Arbeitslosigkeit: Mit Leistungsbezug / ohne Leistungsbezug

Mutterschutz/Elternzeit (Kopie der Geburtsurkunde und Nachweis Mutterschutz und Elternzeit beifügen)

arbeitsunfähig krank: Mit Anspruch auf Krankengeld / Ohne Anspruch auf Krankengeld

Beurlaubung ohne Bezüge

Ort und Datum

Unterschrift