

Mitgliedsnummer: .....  
(wird vom Altersversorgungswerk ausgefüllt)

## SELBSTAUSKUNFT

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Titel: \_\_\_\_\_

ggfs. Geburtsname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Geschlecht:       männlich       weiblich       divers

Familienstand:       ledig       verheiratet       verpartnert  
(Bitte teilen Sie uns jede Veränderung Ihres Familienstandes unverzüglich mit)

ggf. Angaben zum Ehegatten / zum/zur eingetragenen Lebenspartner/in

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Steuer-Identifikationsnummer: \_\_\_\_\_

Sozialversicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Zutreffendes bitte ankreuzen:

1. Waren Sie Mitglied einer anderen berufsständischen Versorgungseinrichtung in der Bundesrepublik Deutschland?  ja     nein  
 Beantragen Sie eine verlustlose Beitragsüberleitung in das AVW?  ja     nein  
(Eine Überleitung von der gesetzlichen Rentenversicherung (z.B. DRV) ist nicht möglich!)
2. Sind Sie bei Beginn der Mitgliedschaft zur ZKN Beamtin/Beamter, Berufssoldatin/Berufssoldat, Soldatin/Soldat auf Zeit?  ja     nein  
(Falls ja, reichen Sie bitte einen Nachweis, z.B. Wehrdienstzeitbescheinigung, ein, da beim Vorliegen der Voraussetzung gem. § 9 Abs. 1 Ziff. 1 ABH die AVW-Mitgliedschaft ruht)
3. Besitzen Sie anstelle der deutschen Approbation die Erlaubnis zur Ausübung der Zahnheilkunde gem. § 13 des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde (ZHG)?  ja     nein  
(Falls ja, ruht gem. § 9 Abs. 2 ABH die Mitgliedschaft zum AVW. Auf Antrag kann auf das Ruhen der Mitgliedschaft gem. § 11 Abs. 2 ABH verzichtet werden)
4. Sind Sie seit Beginn Ihrer Mitgliedschaft zur ZKN auch weiterhin Pflichtmitglied einer anderen Zahnärztekammer und Pflichtmitglied der zugehörigen zahnärztlichen Versorgungseinrichtung außerhalb Niedersachsens?  ja     nein  
(Falls ja, reichen Sie bitte die Mitgliedsbestätigungen der Kammer **und** der Versorgungseinrichtung ein, da beim Vorliegen der Voraussetzungen gem. § 9 Abs. 1 Ziff. 4 ABH die AVW-Mitgliedschaft ruht)

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift