

VERSORGUNGSEINRICHTUNG

der Bezirksärztekammer Trier

- Körperschaft des öffentlichen Rechts -
Schönbornstraße 10, 54295 Trier
Telefon 0651 - 170886-0 Fax 0651 - 170886-66
info@ve-trier.de



Mitteilung zu Mutterschutz und Elternzeit

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Mitglieds-Nr.: _____

Mutterschutz / Elternzeit nach § 12 Abs. 3 Buchstabe e) der Satzung

(Voraussichtliches) Geburtsdatum des Kindes: _____

Ich beantrage

für die Dauer meines Mutterschutzes vom _____ bis _____

- Beitragsfreistellung
- Zahlung in Höhe von _____

sowie für die Dauer meiner Elternzeit vom _____ bis _____

- Beitragsfreistellung (längstens für die drei der Geburt folgenden Jahre)
- Zahlung in Höhe von _____

Falls Zahlung gewünscht

- Ich überweise selbst
- Ich ermächtige die Versorgungseinrichtung der BÄK Trier widerruflich, meine Versorgungsabgaben bei Fälligkeit zu Lasten meines Girokontos bei (Name der Bank) _____

IBAN _____ BIC _____

durch Lastschrift einzuziehen.

Hinweis gemäß Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO):

Die Datenschutzhinweise habe ich bereits zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift