

**Zurück an:**

Hessische Zahnärzte-Versorgung  
Rhonestraße 4  
60528 Frankfurt

---

**Antrag auf fortgesetzte Mitgliedschaft in der Hessischen Zahnärzte-Versorgung**

Name
Mitgliedsnummer
Straße
Postleitzahl, Ort
Telefon / E-Mail

Ich stelle den Antrag auf **fortgesetzte Mitgliedschaft** in der Hessischen Zahnärzte-Versorgung.

Datum Beginn der fortgesetzten Mitgliedschaft
---

**Zutreffendes bitte auswählen**

beitragsfrei (nach § 26 Abs. 4 der Satzung entfällt hierbei die Zurechnung bei Berufsunfähigkeit)
unter Zahlung des jeweiligen monatlichen Pflichtbeitrages
den monatlichen maximalen Beitrag (derzeit EUR 1.107 bzw. ab dem 61. Lebensjahr EUR 554,00)
Individueller Beitrag monatlich EUR

Eine Pflichtmitgliedschaft in einem anderen berufsständischen Versorgungswerk im Bundesgebiet besteht zurzeit nicht.

Über die Wiederaufnahme zahnärztlicher Tätigkeit bitten wir sie uns zeitnah zu informieren.

---

Ort	Datum	Mitgliedsnummer	Unterschrift Antragsteller/in
-----	-------	-----------------	-------------------------------