

Zurück an:

Hessische Zahnärzte-Versorgung
Rhonestraße 4
60528 Frankfurt

**Mutterschutzfrist / Elternzeit / Stillzeit
angestellte Zahnärztinnen / Zahnärzte bzw.
Zahnärztinnen / Zahnärzte ohne zahnärztliche Tätigkeit**

Name
Mitgliedsnummer
Straße
Postleitzahl, Ort
Telefon / E-Mail

Zutreffendes bitte auswählen

Meine Mutterschutzfrist endet/e am	Datum
Ich habe bei meinem/er Arbeitgeber/in Elternzeit beantragt bis einschließlich	Arbeitgeber/in
	Datum
Das Beschäftigungsverhältnis wurde beendet zum	Datum
Ich beantrage die Befreiung von der Beitragspflicht gemäß § 21 Abs. 4 Buchstabe a) der Satzung bis zum	Datum (längstens bis zu 36 Monate)
Ich übe während der Elternzeit eine geringfügige zahnärztliche Tätigkeit aus bei	Arbeitgeber/in
	Datum Beginn
Ich übe während der Elternzeit keine zahnärztliche Tätigkeit aus.	
Ich werde die Stillzeit in Anspruch nehmen	von Datum
	bis Datum
Eine Kopie der Geburtsurkunde ist beigefügt.	
Kopie der Geburtsurkunde wurde bereits übersandt.	

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