

Erhebungsbogen für Hochschulabsolventen

Hinweis: Die in diesem Erhebungsbogen geforderten personenbezogenen Daten werden aufgrund der Rechtsvorschrift des § 11 der Satzung des Versorgungswerkes der Architektenkammer Berlin und des § 18 iVm § 15 des Berliner Architekten und Baukammergesetzes vom 19.07.1994 erhoben. Die Erhebung ist zur rechtmäßigen Erfüllung der uns durch Gesetz zugewiesenen Aufgaben erforderlich. Ihre Daten werden in der in der Datenbeschreibung (§ 19 Abs. 2 Bln DSG) festgelegten Form in einer automatisierten Datei gespeichert (§ 16 Abs. 2 Bln DSG).

Bitte Diplomurkunde oder Bachelor- und Masterzeugnis beifügen!

Angaben zur Person

Name:	_____	Geburtsname:	_____	
Vorname:	_____	Geburtsdatum:	_ _ _ _ _ _ _	
Staatsangehörigkeit:	_____	Titel:	_____	
Anschrift:	_____	Berufsbezeichnung:	_____	
Telefon (Privat):	_____	Beginn der erstmaligen Tätigkeit als freier Mitarbeiter:	_ _ _ _ _ _ _	
Telefon (Büro):	_____	Sitz des Büros:	<input type="checkbox"/> im Westteil der Stadt <input type="checkbox"/> im Ostteil der Stadt und Brandenburg	
Familienstand:	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> verwitwet
ggf. Name und Geburtsdatum des Ehegatten:	_____			
ggf. Name und Geburtsdatum des gleichgeschlechtlichen Lebenspartners*:	_____			
ggf. Name und Geburtsdatum der Kinder unter 27 Jahren:	_____			

Angaben zur Berufstätigkeit

Üben Sie eine praktische Tätigkeit zur Eintragung in die Architektenliste aus ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, seit wann:	_ _ _ _ _ _ _	
Sind Sie berufs <u>un</u> fähig im Sinne der Satzung des Versorgungswerkes ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Angaben zur Teilnahme

Ich beantrage die Teilnahme in Höhe des für mich maßgebenden Rentenversicherungsbeitrages, weil ich als Angestellte(r) tätig bin.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
die Teilnahme in Höhe von 7% meines reinen Jahresberufseinkommens des vorletzten Jahres, weil ich als freie(r) Mitarbeiter(r) tätig bin.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Mein Bruttoentgelt/Einkommen wird ca. _____ Euro im Monat betragen.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass die vorstehenden Angaben richtig und vollständig sind. Weiter erkläre ich ausdrücklich, das Merkblatt gelesen und zur Kenntnis genommen zu haben, dass ich nicht wirksam Teilnehmer des Versorgungswerkes werden kann, wenn ich berufsunfähig bin.

Ort, Datum

Unterschrift

Versorgungswerk der Architektenkammer Berlin

Potsdamer Straße 47
14163 Berlin