

Erhebungsbogen

Bitte ausgefüllt (Kästchen ankreuzen) zurück an die:

Sächsisch-Thüringische Apothekerversorgung
Pillnitzer Landstraße 10
01326 Dresden

(Mitgliedsnummer bitte stets angeben)

Wird vom Versorgungswerk ausgefüllt

- Mitglied seit _____ als _____
- Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt am _____ zum _____
- Beitrag nach § ____ Abs. ____ Nr. ____ STApV-Satzung
- Mitgliedschaftsvoraussetzungen nicht gegeben/
Befreiung vom Versorgungswerk nach § ____ Abs. ____ Nr. ____ STApV-Satzung

Sachbearbeiterin: _____ Datum: _____

1. Name: _____ Geburtsname: _____

Vorname (Rufname): _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: männlich weiblich

2. Anschrift: _____
(Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)

telefonisch tagsüber zu erreichen: _____
(freiwillige Angabe)

E-Mail: _____
(freiwillige Angabe)

3. Staatsangehörigkeit: _____ seit: _____
(wenn nicht seit Geburt)

4. Beruflicher Status

- Pharmazeut/in im Praktikum; Abschluss des 2. Prüfungsabschnittes am: _____
- Apotheker/in; Tag der Approbation: _____

5. Angehörige/r der

- Sächsischen Landesapothekerkammer seit: _____
- Landesapothekerkammer Thüringen seit: _____

6. Besteht Berufsunfähigkeit?

nein ja, seit: _____ voraussichtlich bis: _____

7. Art der Berufstätigkeit

a) Selbstständige Tätigkeit als

- Eigentümer/in Pächter/in

Aufnahme der selbstständigen Tätigkeit am: _____

Name und Anschrift der Apotheke: _____

b) Tätigkeit als

- Pharmazeut/in im Praktikum Angestellte/r

Arbeitgeber: _____

Beginn dieser Tätigkeit laut Arbeitsvertrag: _____

Beamter/Beamtin, Berufssoldat/in, Soldat/in auf Zeit
(bitte Kopie der Ernennungsurkunde beifügen)

Wehr- oder Zivildienstleistender
(bitte Kopie des Einberufungsbescheides beifügen)

Dienstherr: _____

Beginn dieser Tätigkeit laut Dienstvertrag/Urkunde: _____

c) nicht berufstätig

wegen Arbeitslosigkeit seit: _____
(bitte Kopie des Bewilligungsbescheides beifügen, wenn das Arbeitsamt Leistungen gewährt)

aus sonstigem Grund seit: _____ Grund: _____

8. Unterliegen Sie der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung?

ja, seit: _____ nein, wegen: _____

Wenn ja, stellen Sie Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI zugunsten der Sächsisch-Thüringischen Apothekerversorgung?

ja nein

Haben Sie bisher während mindestens 60 Kalendermonaten Beiträge an die gesetzliche Rentenversicherung entrichtet?

ja nein

9. Sind oder waren Sie Mitglied einer anderen Apothekerversorgung?

ja, und zwar beim Versorgungswerk in: _____

Stellen Sie Antrag auf Überleitung der Beiträge? (Nur möglich, wenn im bisherigen Versorgungswerk höchstens 60 Monate Mitgliedschaftszeit zurückgelegt wurden)

ja nein
 nein

10. Dauer der Tätigkeit in Sachsen bzw. Thüringen voraussichtlich maximal 3 Monate?

ja nein

11. Beantragen Sie die Befreiung von der Pflichtmitgliedschaft bei der Sächsisch-Thüringischen Apothekerversorgung, wenn einer der übrigen Befreiungsgründe nach § 10 Abs. 1 Satzung der Sächsisch-Thüringischen Apothekerversorgung (STApV-Satzung) vorliegt?

ja, Grund: _____ nein
(soweit möglich, bitte Nachweis beifügen)

12. Angaben zur Beitragszahlung (entfällt, wenn Sie Befreiung vom Versorgungswerk beantragen)

Die zum Monatsende fälligen Beiträge werden im SEPA-Basis-Lastschriftverfahren erhoben (§ 20 Abs. 1 STApV-Satzung). Zur Erteilung eines Lastschriftmandates verwenden Sie oder Ihr Arbeitgeber bitte unsere Formulare unter www.stapv.de/sepa und reichen dieses unterschrieben bei der Sächsisch-Thüringischen Apothekerversorgung ein.

Ich versichere die Richtigkeit aller Angaben.

Die Daten werden aufgrund § 41 STApV-Satzung erhoben und unter Beachtung datenschutzrechtlicher Vorschriften verarbeitet. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, die Informationen zum Datenschutz gemäß Art. 13 DSGVO* gelesen und verstanden zu haben.

(Datum)

(Unterschrift)

***Informationen zum Datenschutz gemäß
Art. 13 DSGVO**

Name und Anschrift der Verantwortlichen:

Sächsisch-Thüringische Apothekerversorgung
Pillnitzer Landstraße 10
01326 Dresden
Deutschland
Tel.: 0351/26 94 72 - 0
E-Mail: stapv@slak.de
Website: www.stapv.de

Datenschutzbeauftragte der Verantwortlichen:

Anja Schulze
Sächsisch-Thüringische Apothekerversorgung
Pillnitzer Landstraße 10
01326 Dresden
Deutschland
Tel.: 0351/26393-219
E-Mail: a.schulze@slak.de

**Nutzung und Weitergabe personenbezogener
Daten**

Soweit Sie uns personenbezogene Daten zur Verfügung gestellt haben, verwenden wir diese nur zur mitgliedsbezogenen Aufgabenerfüllung im Rahmen unserer gesetzlichen Aufgaben, zur Beantwortung Ihrer Anfragen und für die technische Administration. Ihre personenbezogenen Daten werden an Dritte nur weitergegeben oder sonst übermittelt, wenn Sie zuvor eingewilligt haben oder dies zum Zwecke der Auftragsabwicklung oder auf der Grundlage gesetzlicher Regelungen erforderlich ist.

Betroffenenrechte

1. Auskunftsrecht (Art. 15 DSGVO):

Sie haben das Recht, eine Bestätigung darüber zu verlangen, ob Sie betreffende personenbezogene Daten verarbeitet werden; ist dies der Fall, so haben Sie ein Recht auf Auskunft über diese personenbezogenen Daten und auf die in Art. 15 DSGVO im Einzelnen aufgeführten Informationen.

**2. Recht auf Berichtigung und Löschung
(Art. 16 und 17 DSGVO):**

Sie haben das Recht, unverzüglich die Berichtigung Sie betreffender unrichtiger personenbezogener Daten und ggf. die Vervollständigung unvollständiger personenbezogener Daten zu verlangen.

Sie haben zudem das Recht zu verlangen, dass Sie betreffende personenbezogene Daten unverzüglich gelöscht werden, sofern einer der in Art. 17 DSGVO im Einzelnen aufgeführten Gründe zutrifft, z. B. wenn die Daten für die verfolgten Zwecke nicht mehr benötigt werden. Das Recht auf Löschung besteht

nicht, soweit die erhobenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Aufgaben notwendig sind, Art. 17 Abs. 3 b) DSGVO.

**3. Recht auf Einschränkung der Verarbeitung
(Art. 18 DSGVO):**

Sie haben das Recht, die Einschränkung der Verarbeitung zu verlangen, wenn eine der in Art. 18 DSGVO aufgeführten Voraussetzungen gegeben ist, z. B. wenn Sie Widerspruch gegen die Verarbeitung eingelegt haben, für die Dauer einer etwaigen Prüfung.

**4. Recht auf Datenübertragbarkeit
(Art. 20 DSGVO):**

In bestimmten Fällen, die in Art. 20 DSGVO im Einzelnen aufgeführt werden, haben Sie das Recht, die Sie betreffenden personenbezogenen Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zu erhalten bzw. die Übermittlung dieser Daten an einen Dritten zu verlangen.

5. Widerspruchsrecht (Art. 21 DSGVO):

Werden Daten auf Grundlage von Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. f) DSGVO erhoben (Datenverarbeitung zur Wahrung berechtigter Interessen), steht Ihnen grundsätzlich das Recht zu, aus Gründen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben, jederzeit gegen die Verarbeitung Widerspruch einzulegen. Wir verarbeiten die personenbezogenen Daten dann nicht mehr, es sei denn, es liegen nachweisbar zwingende schutzwürdige Gründe für die Verarbeitung vor, die die Interessen, Rechte und Freiheiten der betroffenen Person überwiegen, oder die Verarbeitung dient der Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen.

6. Beschwerderecht bei einer Aufsichtsbehörde

Unbeschadet eines anderweitigen verwaltungsrechtlichen oder gerichtlichen Rechtsbehelfs haben Sie gem. Art. 77 DSGVO das Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung der Sie betreffenden Daten gegen datenschutzrechtliche Bestimmungen verstößt. Das Beschwerderecht kann insbesondere bei einer Aufsichtsbehörde in dem Mitgliedstaat Ihres Aufenthaltsorts, Ihres Arbeitsplatzes oder des Orts des mutmaßlichen Verstoßes geltend gemacht werden.

Die für die Sächsisch-Thüringische Apothekerversorgung zuständige Aufsichtsbehörde ist der

Sächsische(r) Datenschutzbeauftragter
Devrientstraße 1
01067 Dresden
Telefon: 0351/493-5401
Fax: 0351/493-5490
E-Mail: saechsdsb@slt.sachsen.de
Internet: www.datenschutz.sachsen.de