



**LANDESPFLEGEKAMMER RHEINLAND-PFALZ**

Geschäftsbereich Administration  
Große Bleiche 14-16  
55116 Mainz

## MITTEILUNG ÜBER DIE BEENDIGUNG DER BERUFS AUSÜBUNG

Sehr geehrte Damen und Herren,  
hiermit teile ich Ihnen mit, dass meine berufliche Tätigkeit in Rheinland-Pfalz beendet ist.

Mitgliedsnummer:  Geburtsdatum:

Vorname: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

Privatadresse: \_\_\_\_\_

Beendigungsdatum:

Hier ist das Datum der tatsächlichen Beendigung der Tätigkeit in Rheinland-Pfalz zu nennen.

### BEENDIGUNGSGRUND:

- Rente**  
Den Rentenbescheid habe ich beigelegt.
- berufliche Tätigkeit außerhalb von Rheinland-Pfalz**  
Mein Arbeitsvertrag und eine vom Arbeitgeber ausgestellte Stellenbeschreibung sind beigelegt.
- nicht mehr pflegerisch tätig**  
Mein Arbeitsvertrag (vollständig und unterschrieben) und eine vom Arbeitgeber ausgestellte Stellenbeschreibung sind beigelegt.
- gar nicht mehr beruflich tätig**  
Die Kündigungsbestätigung bzw. der Auflösungsvertrag sowie der Nachweis der Familienversicherung sind beigelegt.
- arbeitslos**  
Den Arbeitslosengeld-Bescheid habe ich beigelegt.
- Sonstiges/Grund:**  
Nachweise sind beigelegt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

**X**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift



**LANDESPFLEGEKAMMER RHEINLAND-PFALZ**

Geschäftsbereich Administration  
Große Bleiche 14-16  
55116 Mainz

Mitgliedsnummer:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

## RÜCKMELDEBOGEN ERSTATTUNG

Rücksendung des Formulars nur im Original per Post und mit Unterschrift

### BANKVERBINDUNG FÜR DIE ERSTATTUNG EVENTUELL ZU VIEL GEZAHLTER BEITRÄGE

HINWEISE: Sie erteilen mit der Angabe Ihrer Kontodaten untenstehend **KEIN** SEPA-Lastschriftmandat. Für andere Zwecke als zur Rücküberweisung von Erstattungsbeiträgen werden diese Kontodaten nicht gespeichert und verarbeitet. Wir weisen Sie darauf hin, dass Sie grundsätzlich verpflichtet sind, den Erstattungsbetrag weiterzuleiten, sofern Ihr Arbeitgeber oder sonstige Dritte Ihren Beitrag gezahlt haben.

Bitte verwenden Sie die untenstehende Kontoverbindung ausschließlich für folgende Rückerstattung:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Kontoinhabers

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut

\_\_\_\_\_  
IBAN (22-stellig)

\_\_\_\_\_  
BIC

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Hinweise gelesen habe. Ich bestätige die Vollständigkeit und Richtigkeit aller Angaben. Mir ist bekannt, dass die Landespflegekammer Rheinland-Pfalz gesetzlich berechtigt ist, meine gemachten Angaben zu überprüfen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum



\_\_\_\_\_  
Eigenhändige Unterschrift