

<b>Mitgliedsnummer</b>

(Wird vom Versorgungswerk ausgefüllt)

**29202 Celle**

## Selbstauskunft

			<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet
Name	ggf. Geburtsname	Titel	
Vorname	Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit	Familienstand
Datum der Zulassung in Bremen		Datum der Vereidigung in Bremen	
Art der Berufsausübung (selbständig oder angestellt)		beschäftigt seit wann	
		Telefon-Nr.	
Anschrift der Kanzlei (Straße, Haus-Nr., PLZ/Wohnort)		Telefax-Nr.	
		Telefon-Nr.	
Anschrift / Arbeitgeber / Arbeitsstätte (Straße, Haus-Nr., PLZ/Wohnort)		Telefax-Nr.	
		Telefon-Nr.	
Privatanschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ/Wohnort)		Telefon-Nr.	
Unterhaltsberechtignte Kinder (Anzahl und Alter)			
Bankverbindung für Lastschriftverfahren / Rückerstattung (Kto.-Nr., BLZ, Kreditinstitut)			
Name - ggf Geburtsname -		Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit
Vorname des Ehepartners, Titel			
Beruf			

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben.

\_\_\_\_\_  
(Ort und Datum)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers und ggf. Stempel