

**Ärzteversorgung Sachsen-Anhalt**  
**Gutenberghof 7**  
**30159 Hannover**

**Klärung der Beitragszahlung für Ärztinnen und Ärzte ohne ärztliche Tätigkeit**

Vorname und Nachname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Mitgliedsnummer \_\_\_\_\_

Bitte wählen Sie:

Ich möchte keine Beiträge zahlen.

Ich zahle monatlich den 3/10-Beitrag.

**Bitte erteilen Sie uns ein SEPA-Lastschriftmandat.**

Ich beziehe Arbeitslosengeld I ab \_\_\_\_\_.

Anschrift der Agentur für Arbeit \_\_\_\_\_

Kundennummer \_\_\_\_\_

Ich beziehe Krankengeld / Verletztengeld von einem **gesetzlichen** Träger ab \_\_\_\_\_.

Anschrift des Trägers \_\_\_\_\_

Aktenzeichen \_\_\_\_\_

Ich habe den Antrag auf Übernahme der Beiträge beim Träger gestellt.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift