

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

**Klärung der freiwilligen Zuzahlung**

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

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Mitgliedsnummer \_\_\_\_\_

Zuzahlung ab \_\_\_\_\_

Wählen Sie Ihren Beitrag:

15/10

14/10

13/10

12/10

11/10

10/10

Hinweis: Pflichtbeiträge werden mit der gewählten Beitragsstufe verrechnet.

\_\_\_\_\_  
 Ich leiste einen freiwilligen Zuzahlungsbetrag von \_\_\_\_\_ EUR monatlich.  
(maximal bis 10/10)

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

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift