

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

**Klärung der Beitragszahlung für honorartätige Ärztinnen und Ärzte**

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

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Mitgliedsnummer \_\_\_\_\_

Honorartätigkeit ab \_\_\_\_\_

Wählen Sie Ihren Beitrag:

Einkommensunabhängige Veranlagung

15/10

14/10

13/10

12/10

11/10

10/10

---

Einkommensabhängige Veranlagung

18,7 Prozent der Jahreseinkünfte aus selbstständiger ärztlicher Tätigkeit

Ich zahle einen vorläufigen Beitrag von \_\_\_\_\_ EUR monatlich.

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

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift