

Ärzteversorgung Sachsen-Anhalt
Gutenberghof 7
30159 Hannover

Klärung der Beitragszahlung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte

Vorname und Nachname _____

Geburtsdatum _____

Mitgliedsnummer _____

Niederlassung ab _____

Wählen Sie Ihren Beitrag:

1/10 Startbeitrag für die ersten sechs Monate der Niederlassung

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