

Mitgliedsnummer: _____

Name und Anschrift:

Klärung der Beitragszahlung für Ärztinnen/Ärzte ohne ärztliche Tätigkeit

Bitte zurück an die Ärzteversorgung Sachsen-Anhalt

Zutreffendes bitte ankreuzen

- Ich möchte keine Beiträge zahlen.
- Ich zahle ab _____ Beiträge von monatlich _____ EUR
(wenigstens den den 1/10-Beitrag).
- Die Agentur für Arbeit übernimmt die Beiträge.

Datum

Unterschrift