

**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 3/10-Beitrag).
- Die Agentur für Arbeit übernimmt die Beiträge.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift