
Name

Geburtsdatum

Mitgliedsnummer

Straße

Ort

Ärztchammer des Saarlandes
- Versorgungswerk –
Postfach 10 02 62
66002 Saarbrücken

Beitragsfestsetzung

Hiermit beantrage ich ab _____

- keine Beitragsermäßigung
- Ermäßigung des Pflichtbeitrages nach § 13 Abs. 1 der Satzung
- Der Beitrag soll festgesetzt werden auf das mögliche **Minimum**.
(Voraussichtliches Einkommen x Beitragssatz von 18,6 %).
Die anteilige Gewinnerwartung (vor Steuer) für den Zeitraum ab Antragstellung wird geschätzt auf _____ €

Dieser Antrag soll gelten

- bis auf Widerruf oder solange die Voraussetzungen gegeben sind. Dazu werde ich dem Versorgungswerk rechtzeitig Veränderungen der Berechnungsgrundlagen mitteilen.
- bis zum _____

Die Beitragszahlung

- soll angefordert werden von meinem Bankkonto
(bitte SEPA-Lastschriftmandat beifügen)
- soll angefordert werden vom Honorarkonto bei der KVS / KZVS Nr. _____
- werde ich selbst veranlassen.

Mir ist bekannt, dass zur endgültigen Beitragsfestsetzung die Einkünfte durch Einkommensteuerbescheid unaufgefordert nachzuweisen sind. Der Einkommensnachweis muss spätestens zum 31. Juli des übernächsten Jahres nach dem Kalenderjahr, für das der Antrag auf Ermäßigung der Beiträge gestellt wurde, geführt sein. Wird der Einkommensnachweis nicht innerhalb dieser Frist vorgelegt, entfallen die Voraussetzungen für eine Ermäßigung der Beiträge. Auf Antrag kann die Frist im Einzelfall verlängert werden. Weiterhin ist mir bekannt, dass die Ermäßigung des Pflichtbeitrages den späteren Versorgungsanspruch verringern.

_____, den _____

Unterschrift