

Bitte zurück an die

**Berliner Ärzteversorgung**  
**Potsdamer Str. 47**

**14163 Berlin**

**Antrag auf teilweisen Erlass von Versorgungsabgaben**



**1) Ihre Personalien**

Name \_\_\_\_\_

Mitglieds-Nr.: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Privatanschrift \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Telefax \_\_\_\_\_

**2) Angaben zur selbständigen Tätigkeit**

Ich bin selbständig ärztlich tätig ab 

		.			.				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

überwiegend im Bereich  Berlin (Ost)  Berlin (West)  
 \_\_\_\_\_

Ich bin berufstätig  
 in eigener Praxis, Anschrift: \_\_\_\_\_  
 als (Art der ärztl. Tätigkeit): \_\_\_\_\_

**Haben Sie noch Einkünfte aus weiteren ärztlichen Tätigkeiten?**

Nein  Ja, bis \_\_\_\_\_ als \_\_\_\_\_

**3) Angaben zur Beitragszahlung**

- Ich werde folgende Versorgungsabgaben zahlen:
- das 0,2-fache der allgem. Versorgungsabgabe (satzungsgemäße **Mindestabgabe**)
  - einen Betrag i.H.v. monatlich \_\_\_\_\_ Euro
  - das 1,\_\_\_-fache der allgemeinen Versorgungsabgabe

Für die Differenz bis zur 1,0-fachen allgemeinen Versorgungsabgabe beantrage ich einen teilweisen Erlass nach § 29 der Satzung. Mir ist bekannt, dass dadurch die Rente nach versicherungsmathematischen Grundsätzen gemindert wird.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift