

Mitgl.-Nr.: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

**Bitte zurück an:**

Apothekerversorgung Niedersachsen  
Potsdamer Str. 47  
14163 Berlin

Per Fax bitte zurück an: 030 / 81 60 02 - 888

**Erklärung**

Ich bin selbständig pharmazeutisch tätig seit: \_\_\_\_\_

als Apothekerinhaber(in) /-pächter(in): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Name und Anschrift der Apotheke

auf Honorarbasis im Kammerbereich:

Niedersachsen

Hamburg

Sachsen-Anhalt

bundesweit

\_\_\_\_\_

sonstiger Kammerbereich

Ich beantrage, die Versorgungsabgabe

einkommensgerecht (mindestens 2/10 der allgemeinen Versorgungsabgabe) festzusetzen. **Eine vorläufige Einkommensbestätigung des Steuerberaters ist beigefügt.** Ich zahle vorläufig

2/10 der allgemeinen Versorgungsabgabe  
(zurzeit monatlich 249,24 Euro (Ost) bzw. 264,12 Euro (West)).

eine Versorgungsabgabe von monatlich \_\_\_\_\_ Euro.

vorläufig auf 5/10 der allgemeinen Versorgungsabgabe festzusetzen  
(zurzeit monatlich 623,10 Euro (Ost) bzw. 660,30 Euro (West)).

auf die allgemeine Versorgungsabgabe festzusetzen  
(zurzeit monatlich 1.246,20 Euro (Ost) bzw. 1.320,60 Euro (West)).

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift / ggf. Stempel