

# 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  
 im Notfalldienst / ärztlicher Bereitschaftsdienst  
 als Gutachter(in)  
 als Dozent(in)  
 als Praxisvertreter auf Honorarbasis  
 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 allgemeinen Versorgungsabgabe
- 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. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass ich bei Inanspruchnahme des teilweisen Beitragserlasses bis zum Ende des jeweiligen Folgejahres einen Einkommensnachweis vorzulegen habe. Ich verpflichte mich, meine Steuererklärung insoweit so rechtzeitig zu erstellen, dass dieser Termin regelmäßig eingehalten wird.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift