

Mitgliedsnummer: _____

Name, Vorname _____

Anschrift _____

- Ich bin derzeit ohne ärztliche Tätigkeit ohne Leistungsanspruch gegenüber der Agentur für Arbeit und möchte keine Beiträge zahlen. Daher beantrage ich für die Dauer der beschäftigungslosen Zeit eine Befreiung von der Mitgliedschaft.

- Ich bin derzeit ohne ärztliche Tätigkeit und habe keinen Leistungsanspruch gegenüber der Agentur für Arbeit. Daher möchte ich ab dem _____ Beiträge zahlen und zwar:
 - den Mindestbeitrag in Höhe von 1/10 des Regelbeitrags (derzeit € 124,62 monatlich)
 - den Regelbeitrag (derzeit € 1.246,20 monatlich)
 - einen Beitrag in Höhe von € _____
(dieser Beitrag darf den Mindestbeitrag nicht unterschreiten und den Regelbeitrag nicht überschreiten)

Der Regelbeitrag entspricht dem Höchstbeitrag in der gesetzlichen Rentenversicherung, der jeweils erst zum Jahresende für das Folgejahr festgelegt wird.

SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich Sie, die Beiträge ab _____ von meinem Konto bis auf Widerruf mittels Lastschrift einzuziehen

Kreditinstitut _____

IBAN _____

BIC _____

Möchten Sie individuell beraten werden? Rufen Sie uns gerne an. Unter der Rufnummer **04551 803900** sind wir für Sie da.

Ort, Datum

Unterschrift