

Tierärzteversorgung Niedersachsen
Gutenberghof 7
30159 Hannover

Klärung der Beitragsabführung für selbstständig tätige Tierärztinnen und Tierärzte

Vorname und Nachname _____

Geburtsdatum _____

Mitgliedsnummer _____

Selbstständige Tätigkeit ab _____

Bitte wählen Sie Ihren Beitrag:

Ich zahle monatlich:

den Pflichtbeitrag.

16 Prozent meiner Jahreseinkünfte.

Meine voraussichtlichen Jahreseinkünfte werden

ca. _____ EUR betragen. Monatsbeitrag = _____ EUR

vorläufig den Mindestbeitrag (2/10).

Ich beantrage Beitragsbefreiung für die Zeit vom _____ bis _____,

da ich Verluste haben werde (Einkommensnachweis wird nachgereicht).

Ort und Datum

Unterschrift