

**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 (1/10).

**Bitte erteilen Sie uns ein SEPA-Lastschriftmandat.**

Ich beantrage Beitragsbefreiung für die Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_,  
da ich Verluste haben werde (Einkommensnachweis wird nachgereicht).

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift