

**Tierärzteversorgung Niedersachsen
Gutenberghof 7
30159 Hannover**

Klärung der Beitragszahlung für niedergelassene Tierärztinnen und Tierärzte

Vorname und Nachname _____

Geburtsdatum _____

Mitgliedsnummer _____

Niederlassung 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