

Tierärzteversorgung Niedersachsen
Gutenberghof 7
30159 Hannover

Klärung der Beitragszahlung für Tierärztinnen und Tierärzte ohne tierärztliche Tätigkeit

Vorname und Nachname _____

Geburtsdatum _____

Mitgliedsnummer _____

Bitte wählen Sie:

- Ich bin ab _____ von der Pflichtmitgliedschaft ausgenommen.
- Ich wünsche ab _____ keine Beitragszahlung.
- Ich zahle ab _____ [] den 1/10-Beitrag (Mindestbeitrag).
[] monatlich _____ EUR.

Bitte erteilen Sie uns ein SEPA-Lastschriftmandat.

- Ich beziehe Arbeitslosengeld I ab _____.

Anschrift der Agentur für Arbeit _____

Kundennummer _____

- Ich beziehe Verletztengeld ab _____.

- Ich beziehe Krankengeld von einer **gesetzlichen** Krankenkasse ab _____.

Anschrift der Krankenkasse _____

Versichertennummer _____

- Ich bin im Mutterschutz/in der Elternzeit ab _____.

Ort und Datum

Unterschrift