

**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 möchte keine Beiträge zahlen.

Ich zahle monatlich den 1/10-Beitrag.

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

Ich beziehe Arbeitslosengeld I ab \_\_\_\_\_.

Anschrift der Agentur für Arbeit \_\_\_\_\_

Kundennummer \_\_\_\_\_

Ich beziehe Krankengeld von einer **gesetzlichen** Krankenkasse ab \_\_\_\_\_.

Anschrift der Krankenkasse \_\_\_\_\_

Versichertennummer \_\_\_\_\_

Ich beziehe Verletztengeld ab \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift