

Ermäßigungsantrag



Versorgungseinrichtung
Bezirksärztekammer Koblenz

Name: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Mitgliedsnr.: _____

Bezirksärztekammer Koblenz
- Versorgungseinrichtung -
Bubenheimer Bann 12
56070 Koblenz

Arztstempel

Beitragsfestsetzung für das Jahr 2020

Für das Jahr **2020** beantrage ich (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Beitragsermäßigung gemäß § 18 Abs. 2 der Satzung:

Zahlung eines an meinen Einnahmen aus ärztlicher Tätigkeit gemessenen Beitrages (**6 % des Umsatzes**), da diese die Zahlung des Pflichtbeitrages für niedergelassene Ärzte nicht rechtfertigen

a) Vertragsärzte (Kassenzulassung):

Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass die

Kassenärztliche Vereinigung: _____

Anschrift: _____

der Versorgungseinrichtung der Bezirksärztekammer Koblenz vollständige Auskünfte über die von mir in den letzten vier Quartalen abgerechneten Honorare erteilt.

Ort, Datum

Unterschrift

Bei Führung einer Gemeinschaftspraxis:

Anteil an den Honoraren der Gemeinschaftspraxis: _____

Unterschrift der/des Kollegin/en

b) ausschließlich privatärztlich tätige Mitglieder:

Meine voraussichtlichen monatlichen Einnahmen aus ärztlicher Tätigkeit betragen ca. _____ €. Mit einer genauen Abrechnung nach Vorlage eines Nachweises der Umsätze aus ärztlicher Tätigkeit bin ich einverstanden.

freiwillige Beitragserhöhung gemäß § 18 Abs. 1 der Satzung:

Zahlung eines freiwilligen Beitrages oberhalb des Pflichtbeitrags (1.725,00 € bzw. 1.613,00 €) von _____ € monatlich

Zahlung des höchstmöglichen Beitrages von **2.566,80 €**, um eine Jahresanwartschaft von **2 %** zu erwerben.

Ich wünsche die Beitragserhöhung bis auf Widerruf:

ja:

nein:

Ort, Datum

Unterschrift