

Klärung der Beitragszahlung für Ärztinnen und Ärzte ohne ärztliche Tätigkeit

Vorname und Nachname _____

Geburtsdatum _____

Mitgliedsnummer _____

Bitte wählen Sie:

Ich möchte keine Beiträge zahlen.

Ich zahle monatlich den 3/10-Beitrag.

Bitte erteilen Sie uns ein SEPA-Lastschriftmandat.

Ich beziehe Arbeitslosengeld I ab _____.

Anschrift der Agentur für Arbeit _____

Kundennummer _____

Ich beziehe Krankengeld / Verletztengeld von einem **gesetzlichen** Träger ab _____.

Anschrift des Trägers _____

Aktenzeichen _____

Ich habe den Antrag auf Übernahme der Beiträge beim Träger gestellt.

Datum

Unterschrift