

**Ärzteversorgung Mecklenburg-Vorpommern
Gutenberghof 7
30159 Hannover**

Klärung der freiwilligen Zuzahlung

Vorname und Nachname _____

Geburtsdatum _____

Mitgliedsnummer _____

Zuzahlung ab _____

Wählen Sie Ihren Beitrag:

15/10

14/10

13/10

12/10

11/10

10/10

Hinweis: Pflichtbeiträge werden mit der gewählten Beitragsstufe verrechnet.

 Ich leiste einen freiwilligen Zuzahlungsbetrag von _____ EUR monatlich.
(maximal bis 10/10)

Bitte erteilen Sie uns ein SEPA-Lastschriftmandat.

Ort und Datum

Unterschrift