

Bitte nicht doppelt schicken! ( entweder per Post oder per Telefax / E-Mail )

**Absender des Mitglieds:**

← Bitte unbedingt ausfüllen!!!

Mitglieds-Nr.:

Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt  
- Altersversorgungswerk -  
Geschäftsstelle  
Zeißstraße 11 a  
30519 Hannover

**Beitrag zum Altersversorgungswerk der Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt gemäß § 20 VST  
Antrag auf Begrenzung des monatlichen Beitrages ab ..... . ..... . 2020 (Selbstständige)**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich eine entsprechende Beitragsbegrenzung gemäß § 20 des  
Versorgungsstatutes, da meine Einkünfte aus zahnärztlicher Tätigkeit unter der  
Beitragsbemessungsgrenze in Höhe von zurzeit

**€ 77.400,00** pro Jahr (€ 6.450,00 pro Monat)

liegen.

**Meine Einkünfte aus zahnärztlicher Tätigkeit im Jahr 2020 betragen voraussichtlich:**

€ \_\_\_\_\_ pro Jahr

**Bestätigung durch den Steuerberater:**

\_\_\_\_\_  
(Stempel, Unterschrift des  
Steuerberaters)

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_  
( Datum, Unterschrift des Mitgliedes )

**Hinweis für selbstständig tätige Mitglieder !**

Die Gewährung der Beitragsbegrenzung ist nur möglich, wenn die gemachten Angaben zu den Einkünften aus zahnärztlicher Tätigkeit durch den Steuerberater bestätigt werden. Für diese Gewährung ist das **jährliche Einkommen aus zahnärztlicher Tätigkeit** maßgebend. Solange eine entsprechende Bestätigung nicht vorliegt, verbleibt es bei der Beitragseinstufung auf Höhe des zurzeit gültigen Regelbeitrages.