

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 2021 (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

€ 80.400,00 pro Jahr (€ 6.700,00 pro Monat)

liegen.

Meine Einkünfte aus zahnärztlicher Tätigkeit im Jahr 2021 betragen voraussichtlich:

€ _____ pro Jahr

Bestätigung durch den Steuerberater:

Mit freundlichen Grüßen

(Stempel, Unterschrift des
Steuerberaters)

(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 Realbeitrages.