

# Ermäßigungsantrag



Versorgungseinrichtung  
Bezirksärztekammer Koblenz

Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Mitgliedsnr.: \_\_\_\_\_

Bezirksärztekammer Koblenz  
- Versorgungseinrichtung -  
Bubenheimer Bann 12  
56070 Koblenz

Arztstempel

## Beitragsfestsetzung für das Jahr 2021

Für das Jahr **2021** 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 (1.775,00 € bzw. 1.675,00 €) von \_\_\_\_\_ € monatlich

Zahlung des höchstmöglichen Beitrages von **2.641,20 €**, um eine Jahresanwartschaft von **2 %** zu erwerben.

Ich wünsche die Beitragserhöhung bis auf Widerruf:

ja:

nein:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift