

Beitragsfestsetzung

Name: _____

Email-Schüller-Straße 45, 56068 Koblenz

Straße: _____

Telefax: (0261) 39001-54

PLZ, Ort: _____

Mitgliedsnr.: _____

Bezirksärztekammer Koblenz
- Versorgungseinrichtung -
Emil-Schüller-Str. 45
56068 Koblenz

Arztstempel

Beitragsfestsetzung für das Jahr 2018

Für das Jahr **2018** 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 über dem Pflichtbeitrag (1.625,00 € bzw. 1.450,00 €) von _____ € monatlich

Zahlung des höchstmöglichen Beitrages von **2.418,00 €**, um eine Jahresanwartschaft von **2 %** zu erwerben.

Ich wünsche die Beitragserhöhung bis auf Widerruf:

ja:

nein:

Ort, Datum

Unterschrift