Altersversorgungswerk
der Zahnärztekammer Niedersachsen
Zeißstraße 11a
30519 Hannover

Telefon: 0511 21570-100
E-Mail: mitgliederverwaltung@avw-nds.de
www.avw-nds.de

ANTRAG AUF BEGRENZUNG DES MONATLICHEN BEITRAGES ZUM ALTERSVERSORGUNGSWERK DER ZAHNÄRZTEKAMMER NIEDERSACHSEN FÜR DAS JAHR

Mitgliedsnummer

Absender

Name | Vorname | Titel

Straße, Hausnummer

Postleitzahl | Wohnort | Land

Ich beantrage die Begrenzung gemäß ...

§ 26 Abs. 1 ABH
Meine Einkünfte aus zahnärztlicher Tätigkeit liegen unter der gültigen Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Renten- und Arbeitslosenversicherung für das beantragte Jahr. Deshalb beantrage ich eine Beitragsbegrenzung gemäß § 26 Abs. 1 der Satzung für die Alters-, Berufsunfähigkeits- und Hinterbliebenensicherung (ABH).

Meine Einkünfte betragen: EUR

Wichtiger Hinweis: Bitte reichen Sie als Nachweis Ihren Einkommensteuerbescheid für das beantragte Jahr ein, sobald Ihnen dieser vorliegt.

...oder:

§ 26 Abs. 4 ABH
Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich mich erstmalig in eigener Praxis niederlasse/niedergelassen habe und beantrage die Gewährung der Beitragsbegrenzung des halben Beitrages gemäß § 23 Abs. 2 für die ersten vier Jahre ab Niederlassung.

Datum | Ort | Unterschrift

Bitte senden Sie uns das komplett ausgefüllte und unterzeichnete Formular per Post oder E-Mail.