

Klärung der Beitragszahlung für Ärztinnen und Ärzte ohne ärztliche Tätigkeit

Vorname und Nachname _____

Geburtsdatum _____

Mitgliedsnummer _____

Bitte wählen Sie:

Ich zahle monatlich den 3/10-Beitrag.

Bitte erteilen Sie uns ein SEPA-Lastschriftmandat.

Ich beziehe Arbeitslosengeld I ab _____.

Anschrift der Agentur für Arbeit: _____

Kundennummer: _____

Ich beziehe Krankengeld einer **gesetzlichen** Krankenkasse ab _____.

Anschrift der Krankenkasse: _____

Versichertennummer: _____

Ein Antrag auf Übernahme der Beitragszahlung wurde **nicht** gestellt.

Ich befinde mich in Mutterschutz / Elternzeit.

Ort und Datum

Unterschrift