

Antrag auf Beitragsminderung/ Beitragsbefreiung

Angaben zum Antragsteller:

Titel: _____

Name: _____ Vorname: _____

Hiermit bitte ich um Anwendung:

- des ermäßigten Beitrags bei geringem Verdienst (max. 60.000€/J.) 190,00€/jährlich
- des ermäßigten Beitrags Arzt in Weiterbildung 80,00€/jährlich
- Befreiung Arzt im Ruhestand (kein Einkommen aus ärztlichen Leistungen) beitragsfrei

Erläuterung:

Zur Überprüfung Ihrer Angaben reichen Sie uns bitte eine Bescheinigung des Arbeitgebers, Lohnabrechnung oder Rentenbescheid ein.

Die **Beitragsminderung** gilt jeweils für **ein Kalenderjahr** und muss nach Ablauf neu beantragt werden.

Ich bestätige, dass die Angaben korrekt sind und ich bei einer Änderung unverzüglich den Vorstand informiere.

Ort, den _____
Unterschrift des Antragstellers

Vom Vorstand auszufüllen:

Der Antrag auf Minderung des Mitgliedsbeitrags wurde vom Vorstand geprüft.

Die Beitragsminderung/Beitragsbefreiung wird für das Jahr _____ festgelegt.

Vorsitzende: Dr. med. S. Zinke, Internist- Rheumatologie, Berlin
Stv. Vorsitzender: Prof. Dr. Eugen Feist, Internist- Rheumatologie, Vogelsang-Gommern
Kassenwart: Dr. med. Kirsten Karberg, Internist- Rheumatologie, Berlin
Schriftführer: Dr. Florian Schuch, Internist- Rheumatologie, Erlangen
Vorstandsmitglieder: Priv.-Doz. Dr. med. X. Baraliakos, Internist- Rheumatologie- Orthopädie, Herne
Prof. Dr. Christoph Fiehn, Internist- Rheumatologie, Baden-Baden
Dr. med. M. Rühlmann, Pädiater, Göttingen
Dr. med. Martin Welcker, Internist- Rheumatologie, Planegg