

BDRh Servicestelle:  
Dr.-Max-Str. 21  
82031 Grünwald

Tel: 089 90414141 3  
Fax: 089 90414141 9  
E-Mail: [kontakt@bdrh.de](mailto:kontakt@bdrh.de)  
Homepage: [www.bdrh.de](http://www.bdrh.de)

## Antrag auf Beitragsminderung / Beitragsbefreiung

Angaben zum Antragsteller:

Titel: \_\_\_\_\_

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

Hiermit bitte ich um Anwendung:

- |   |                  |
|---|------------------|
| <input type="checkbox"/> des ermäßigten Beitrags bei geringem Verdienst (< 80.000€ brutto/J.)<br>(jährlicher Nachweis)                | 190,00€/jährlich |
| <input type="checkbox"/> Beitragsbefreiung Arzt in Weiterbildung (jährlicher Nachweis)  | beitragsfrei     |
| <input type="checkbox"/> Beitragsbefreiung Arzt im Ruhestand  | beitragsfrei     |
| <input type="checkbox"/> Beitragsbefreiung Arzt (kein Einkommen aus ärztlichen Leistungen<br>im laufenden Jahr) (jährlicher Nachweis) | beitragsfrei     |
| <input type="checkbox"/> Beitragsbefreiung Medizinstudierende   | beitragsfrei     |

Erläuterung:

---

---

---

Zur Überprüfung Ihrer Angaben reichen Sie uns bitte zusätzlich eine Bescheinigung des Arbeitgebers, Lohnabrechnung oder kurzes Schreiben Ihres Steuerberaters, Studienbescheinigung oder Rentenbescheid ein.

Die **Beitragsminderung / Beitragsbefreiung** gilt jeweils für **ein Kalenderjahr** und muss nach Ablauf neu beantragt werden, außer bei Einreichung des Rentenbescheids.

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

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers