



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

Tel: 089 90414141 3
Fax: 089 90414141 9
E-Mail: kontakt@bdrh.de
Homepage: 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.)
(jährlicher Nachweis) | 190,00€/jährlich |
| <input type="checkbox"/> Beitragsbefreiung Arzt in Weiterbildung (jährlicher Nachweis) | beitragsfrei |
| <input type="checkbox"/> Beitragsbefreiung Arzt im Ruhestand (einmaliger Nachweis) | beitragsfrei |
| <input type="checkbox"/> Arzt noch tätig ab dem 68. Lebensjahr (bitte Geburtsdatum angeben) | beitragsfrei |
| <input type="checkbox"/> Beitragsbefreiung Arzt (kein Einkommen aus ärztlichen Leistungen
im laufenden Jahr) (jährlicher Nachweis) | beitragsfrei |
| <input type="checkbox"/> Beitragsbefreiung Medizinstudierende (jährlicher Nachweis) | 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 oder ab dem 68. Lebensjahr.

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

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers