



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 durch vorzulegende Eigenerklärung) | 190,00€/jährlich |
| <input type="checkbox"/> Beitragsbefreiung Arzt in Weiterbildung (jährlicher Nachweis) | beitragsfrei |
| <input type="checkbox"/> Beitragsbefreiung Arzt im Ruhestand (Rentenstatus muss einmalig
nachgewiesen werden) | beitragsfrei |
| <input type="checkbox"/> Beitragsbefreiung ab 68. Lebensjahr (einmalige Bestätigung gegenüber
Geschäftsstelle) | beitragsfrei |
| <input type="checkbox"/> Beitragsbefreiung Arzt: kein Einkommen aus ärztlichen Leistungen
im laufenden Jahr (jährlicher Nachweis durch vorzulegende Eigenerklärung) | beitragsfrei |
| <input type="checkbox"/> Beitragsbefreiung Medizinstudierende (jährlicher Nachweis) | beitragsfrei |

Erläuterung:

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

Die **Beitragsminderung / Beitragsbefreiung** gilt jeweils für **ein Kalenderjahr** und muss nach Ablauf neu beantragt werden, außer bei Einreichung des Rentenbescheids / Erreichung des 68. Lebensjahres.

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

Ort/Datum

Unterschrift des Antragsteller