

# VERSORGUNGSEINRICHTUNG

## der Bezirksärztekammer Trier

- Körperschaft des öffentlichen Rechts -



### Mitteilung zur Beitragszahlung und SEPA-Lastschriftmandat

Name: \_\_\_\_\_ Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

#### **Angaben zu den Versorgungsabgaben**

Hiermit beantrage ich bis auf Widerruf die Festsetzung der monatlichen Versorgungsabgaben ab dem Beitragsmonat \_\_\_\_\_ auf monatlich € / BQ \_\_\_\_\_

- € 2.106,45 (Pflichtabgabe von 1,5 BQ)
- € 1.404,30 (reduzierte Abgabe von 1,0 BQ)
- € 140,43 (Mindestabgabe für die ersten 36 Monate der Niederlassung, entspricht 0,1 BQ)
- nach den Einkünften (§ 12 Abs. 2 Buchst. c) der Satzung)

Die Höhe der monatlichen Versorgungsabgaben wird jährlich den Vorgaben der gesetzlichen Rentenversicherung angeglichen.

Freiwillige zusätzliche Abgaben (niedergelassene und angestellte Ärzte):

Ich möchte ab dem Beitragsmonat \_\_\_\_\_, bis auf Widerruf, zusätzliche freiwillige Versorgungsabgaben entrichten, in Höhe von monatlich € \_\_\_\_\_.

#### **Einzugsermächtigung und Bankverbindung (Gläubiger-ID: DE89 2220 0000 0506 50)**

Ich ermächtige die Versorgungseinrichtung der Bezirksärztekammer Trier widerruflich, zum regelmäßigen Einzug meiner Versorgungsabgaben von meinem Girokonto durch SEPA-Lastschrift.

Mir ist bekannt, dass ich die Einzugsermächtigung jederzeit widerrufen kann, wobei der Widerruf eine Woche vor dem nächsten Abruftermin vorliegen sollte. Die Versorgungsabgaben sind jeweils zum 15. des Folgemonats fällig. Außerdem kann ich innerhalb von acht Wochen bei meinem Kreditinstitut die Rückbuchung einer nicht gerechtfertigten Belastung meines Kontos verlangen.

Name der Bank: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

**(Bitte beachten Sie, dass die IBAN immer aus 22 Zeichen besteht!)**

BIC: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

#### **Hinweis gemäß Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO):**

Die Datenschutzhinweise habe ich bereits zur Kenntnis genommen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift