

Altersversorgungswerk  
der **ZKN**



Absender:

Datum:

Az.:

Altersversorgungswerk der  
Zahnärztekammer Niedersachsen  
Zeißstraße 11a  
30519 Hannover

Antrag auf Begrenzung des monatlichen Beitrages zum Altersversorgungswerk der Zahnärztekammer  
Niedersachsen für das Jahr 2024

Meine Einkünfte aus zahnärztlicher Tätigkeit liegen unter der Beitragsbemessungsgrenze in Höhe von  
zurzeit 90.600,00 EUR pro Jahr. Deshalb beantrage ich eine Beitragsbegrenzung gemäß § 26 der  
Alters-, Berufsunfähigkeits- und Hinterbliebenensicherung (ABH).

Meine Einkünfte betragen: ..... EUR

.....  
(Unterschrift)

**Wichtiger Hinweis:**

**Bitte reichen Sie als Nachweis Ihren Einkommensteuerbescheid für das Jahr 2024 ein.**