

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 gemäß**

(Bitte die gewünschte Möglichkeit ankreuzen)

**§ 26 Abs. 1 ABH**

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 Abs. 1 der Satzung für die Alters-, Berufsunfähigkeits- und Hinterbliebenensicherung (ABH).

Meine Einkünfte betragen: ..... EUR

**Wichtiger Hinweis:**

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

**oder**

**§ 26 Abs. 4 ABH**

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich mich erstmalig in eigener Praxis niederlasse / niedergelassen habe und beantrage die Gewährung der Beitragsbegrenzung des halben Beitrages gemäß § 23 Abs. 2 für die ersten vier Jahre ab Niederlassung.

.....  
(Unterschrift)