



Absender:

Datum:

Az.:

Á
Á
Á

Antrag auf Begrenzung des monatlichen Beitrages zum Altersversorgungswerk der Zahnärztekammer Niedersachsen für das Jahr 2021

Meine Einkünfte aus zahnärztlicher Tätigkeit liegen unter der Beitragsbemessungsgrenze in Höhe von zurzeit 85.200,00 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 2021 ein.