

.....  
(Name und Praxisanschrift)

.....  
(Ort)

.....  
(Datum)

Nordrheinische Ärzteversorgung  
Einrichtung der Ärztekammer Nordrhein  
Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Postfach 10 39 53  
40030 Düsseldorf

Versicherungs-Nr.

Zur Weiterleitung an die für Sie zuständige Bezirksstelle .....  
(hier bitte die Bezirksstelle eintragen)

der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, **sofern Sie die Abführung der Beiträge über die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein wünschen.**

1. Versorgungsabgaben gemäß § 22 der Satzung

Ich bitte, ab ..... 7 % meiner Umsätze als Versorgungsabgabe unter Berücksichtigung der satzungsgemäßen Mindestabgabe (2011 € 312,30 monatlich) bzw. der Höchstabgabe (2011 € 1.769,70 monatlich) an die Nordrheinische Ärzteversorgung zu überweisen.

**Bitte nur bei Gemeinschaftspraxis angeben:**

Mein Anteil an den Kassenumsätzen der Gemeinschaftspraxis beträgt ..... %.

2. Versorgungsabgaben gemäß § 20 (4) der Satzung

Ich bitte, ab ..... die Pflichtabgabe (1,3fache der durchschnittlichen Versorgungsabgabe, 2011 € 1.353,30 monatlich) an die Nordrheinische Ärzteversorgung zu überweisen.

3. Versorgungsabgaben gemäß § 20 (2) der Satzung

Ich bitte, ab ..... die Höchstabgabe (1,7fache der durchschnittlichen Versorgungsabgabe, 2011 € 1.769,70 monatlich) an die Nordrheinische Ärzteversorgung zu überweisen.

.....  
(Unterschrift)

.....  
Bei Führung einer Gemeinschaftspraxis Unterschrift des/der Kollegen/in. Diese Unterschrift ist freiwillig. Sie dient der Vermeidung etwaiger späterer Stornierungen, Rückbuchungen u. a.

Anmerkung:

Wir bitten, die Absätze zu streichen, die nicht gewünscht werden.

Die aufgeführten Beträge sind beispielhaft und beziehen sich ausschließlich auf das aufgeführte Geschäftsjahr.