Bitte senden Sie diesen Antrag umgehend zurück, da Sie sonst automatisch mit monatlich 1.497,30 € belastet werden!

Dieses Formular gilt nur für das Beitragsjahr 2025 und in den ersten fünf Jahren der selbständigen Tätigkeit

An das
Versorgungswerk der
Architektenkammer Baden-Württemberg
Postfach 1273
21504 Glinde

Abfrage Jahresberufseinkommen ab _____

Pflichtangabe:

☐ meine Jahreseinkünfte liegen über 96.600,00. Ich beantrage halbe Beitragszahlung (möglich in den ersten fünf Jahren der selbständigen Tätigkeit).

☐ meine Jahreseinkünfte liegen unter 96.600,00 €. Ich beantrage deshalb die Festsetzung eines ermäßigten Beitrags.

Mein geschätztes **Berufseinkommen** beträgt **__ __ __.__ __ __,__ __ € / Jahr**

☐ Ich beantrage halbe Beitragszahlung (möglich in den ersten fünf Jahren der selbständigen Tätigkeit).

Weitere bzw. zusätzliche Optionen:

☐ Ich möchte zusätzlich zum Pflichtbeitrag einen freiwilligen Beitrag in Höhe von

__.__ __ __,__ __ € entrichten.

☐ Mein Jahresberufseinkommen liegt voraussichtlich unter 19.320,00 €. Ich beantrage die Beitrags-befreiung nach § 19 der Satzung.

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Name, Vorname:
Straße:
PLZ, Ort:
Versicherungsnummer:

Datum der Antragstellung, Ort, Unterschrift