

Bitte senden Sie diesen Antrag umgehend zurück, da Sie sonst automatisch mit monatlich 1.571,70 € belastet werden!

Dieses Formular gilt nur für das Beitragsjahr 2026

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

Abfrage Jahresberufseinkommen ab _____

Pflichtangabe:

- Mein Jahresberufseinkommen liegt voraussichtlich unter 101.400,00 €. Ich beantrage nach § 16 Abs.2 der Satzung die Festsetzung eines ermäßigten Beitrags.

Mein geschätztes **Berufseinkommen** beträgt im Jahr 2026

_____._____, __ __ €

Weitere bzw. zusätzliche Optionen:

- Ich möchte zusätzlich zum Pflichtbeitrag einen freiwilligen Beitrag in Höhe von
_____._____, __ __ € entrichten.
- Mein Jahresberufseinkommen liegt voraussichtlich unter 20.280,00 €. Ich beantrage die Beitragsbefreiung nach § 19 der Satzung.

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Name, Vorname:

Straße:

PLZ, Ort:

Versicherungsnummer: