

Bitte senden Sie diesen Antrag umgehend zurück, da Sie sonst automatisch mit monatlich 1.404,30 € belastet werden!

Dieses Formular gilt nur für das Beitragsjahr 2024

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



Abfrage Jahresberufseinkommen ab _____

Pflichtangabe:

- Mein Jahresberufseinkommen liegt voraussichtlich unter 90.600,00 €. Ich beantrage nach § 16 Abs.2 der Satzung die Festsetzung eines ermäßigten Beitrags.

Mein geschätztes **Berufseinkommen** beträgt im Jahr 2024

— . — — — , — — — €

Weitere bzw. zusätzliche Optionen:

- Ich möchte zusätzlich zum Pflichtbeitrag einen freiwilligen Beitrag in Höhe von
— . — — — , — — — € entrichten.

- Mein Jahresberufseinkommen liegt voraussichtlich unter 18.120,00 €. Ich beantrage die Beitrags-befreiung nach § 19 der Satzung.

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Name, Vorname:

Straße:

PLZ, Ort:

Versicherungsnummer:

Datum der Antragstellung, Ort, Unterschrift